



UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“IMPACTO DE LA MASTECTOMÍA EN EL AUTOCONCEPTO DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA”

Trabajo de titulación previo a la obtención
del título de Psicóloga Clínica

AUTORAS

Tatiana Karen Marín Ramón

Natalia Elizabeth Torres Sarango

DIRECTOR

Mst. Juan Pablo Bueno León

CUENCA- ECUADOR

2015



RESUMEN

Objetivo: Identificar los efectos que tiene la mastectomía en el autoconcepto de una mujer con cáncer de seno, que se ha sometido a una mastectomía. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo cualicuantitativo, con un alcance descriptivo, en el cual participaron 10 mujeres con cáncer de mama, que asistieron a F.U.P.E.C (Familias Unidas por los Enfermos de Cáncer). Se aplicó una Entrevista Semiestructurada, una Ficha Socioeconómica, Escala de Imagen Corporal de Hopwood y Escala de Autoestima de Rosenberg. Para el procesamiento de información se utilizó el programa SPSS (versión 19), con el cual se realizó el análisis bivariado entre las variables sociodemográficas y los resultados de las escalas, además se realizó el análisis del discurso de la entrevista, mediante el programa Atlas Ti (Versión 6), para determinar sentimientos y pensamientos sobre la mastectomía y el impacto en su autoconcepto. **Resultados:** Las escalas demuestran que la imagen corporal y autoestima se encuentran en un rango normal, aunque los aspectos que se identificaron afectados son la parte afectiva y la parte valorativa. Por otro lado, en las entrevistas realizadas, se constató que todavía no existe una aceptación total, pues se demuestra inconformidad con respecto a su cuerpo y por consiguiente a la valía propia. En este sentido, se concluye que el autoconcepto se encontraría alterado.

Palabras Claves: Cáncer de Mama, Autoconcepto y Factores Influyentes.



ABSTRACT

Objective: To identify the effects of mastectomy on the self-concept of a woman with breast cancer, which has undergone a mastectomy. **Materials and Methods:** Study quality-quantitative type, with a descriptive scope, in which 10 women with breast cancer who attended FUPEC (United for the Sick Child Cancer) participated. A semi structured interview, one Socioeconomic Tab, Body Image Scale Hopwood and Rosenberg Self-Esteem Scale was applied. For information processing SPSS (version 19), with which the bivariate analysis between sociodemographic variables and the results of the scales were performed and discourse analysis of the interview was conducted by Atlas Ti program was used (Version 6) to determine feelings and thoughts about the mastectomy and the impact on their self. **Results:** The scales show that body image and self-esteem are in a normal range, although the issues identified affected are the affective and evaluative part. On the other hand, in the interviews, it was found that there is still no complete acceptance, as shown dissatisfaction regarding their body and therefore the self-worth. In this sense, it is concluded that self-concept would find altered.

Keywords: Breast Cancer Self-concept and Influential Factors.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
RESUMEN.....	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	
1. CÁNCER	2
1.1. Introducción.....	3
1.2. Concepto de cáncer	3
1.3. Tipos más frecuentes de Cáncer.....	6
1.4. Cáncer de Mama	6
1.4.1 Generalidades	7
1.4.2 Anatomía Mamaria.....	7
1.4.3 Epidemiología del Cáncer de Mama	8
1.4.4 Factores de Riesgo del Cáncer de Mama.....	9
1.4.5 Signos y Síntomas del Cáncer de Mama	11
1.4.6 Tipos de Cáncer de Mama.....	12
1.4.7 Diagnóstico del Cáncer de Mama.....	13
1.4.8 Estadios de Cáncer de Mama	17
1.4.9 Tratamientos de Cáncer de Mama	18
1.4.9.1 Tipos de Tratamientos del Cáncer de Mama.....	18
1.4.9.2 Cirugía	18
1.4.9.3 Quimioterapia	22
1.4.9.4 Radioterapia	22
1.4.9.5 Hormoterapia	23
1.4.9.6 Terapia Biológica e Inmunoterapia	24
1.4.10 Efectos Físicos del Cáncer de Mama.....	24
1.4.11 Efectos Psicológicos del Cáncer de Mama	26
CAPÍTULO 2	
2. AUTOCONCEPTO	32
2.1 Introducción.....	33
2.2 Definición de Autoconcepto	34
2.3 Concepciones Globales sobre el Autoconcepto.....	35
2.3.1 Perspectiva Filosófica	35
2.3.2 Perspectiva Sociológica	36
2.3.3 Perspectiva Psicológica	38
2.4 Características del Autoconcepto	43
2.5 Desarrollo del Autoconcepto	44
2.6 Elementos del Autoconcepto	46
2.6.1 Autoimagen o Imagen Corporal	47
2.6.2 Autoestima.....	50



2.7 Factores Influyentes en el Autoconcepto.....	53
2.7.1 Apoyo Social.....	55
2.7.2 Actitud.....	55
2.7.3 Tratamientos.....	56
2.7.4 Significado Cultural	57
2.7.5 La Religión.....	57
2.7.6 Características Individuales	58
2.7.7 Mecanismo de Defensa	59
2.7.8 Apoyo psicológico	60
2.7.9 Variables Sociodemográfica	60

CAPÍTULO 3

3. METODOLOGÍA	62
3.1 Procedimiento	62
3.2 Técnicas	64
3.3 Población y contexto	64
3.4 Métodos.....	65
3.5 Instrumentos.....	66

CAPÍTULO 4

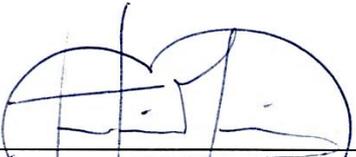
4. ANÁLISIS	68
4.1 Análisis Cuantitativo.....	68
4.1.1 Variables Sociodemográficas	68
4.1.2 Elementos que conforman el Autoconcepto.....	73
4.2 Análisis Bivariado.....	76
4.3 Análisis Cualitativo	89
4.3.1 Cáncer.....	90
4.3.2 Mastectomía.....	92
4.3.3 Autoconcepto	100
4.3.4 Factores Influyentes del Autoconcepto	105
4.4 Discusión de Resultados	108
5. CONCLUSIONES.....	114
6. RECOMENDACIONES	116
7. BIBLIOGRAFÍA	117
8. ANEXOS.....	128
Anexo I: Protocolo de Investigación	129
Anexo II: Consentimiento Informado Instructivo para la Paciente	143
Anexo III: Consentimiento Informado	145
Anexo IV: Escala de Imagen Corporal de Hopwood y Cols (BIS)	146
Anexo V: Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)	147
Anexo VI: Preguntas tentativas de Entrevista Semiestructurada	148
Anexo VII: Ficha Sociodemográfica.....	150



DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo *Tatiana Karen Marín Ramón*, autora de la tesis “Impacto de la mastectomía en el autoconcepto de mujeres con cáncer de mama”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos, expuestos en la presente investigaciones son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Marzo de 2015.



Tatiana Karen Marín Ramón
C.I.:0104770268



DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo *Natalia Elizabeth Torres Sarango*, autora de la tesis “Impacto de la mastectomía en el autoconcepto de mujeres con cáncer de mama”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Marzo de 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Natalia Elizabeth Torres Sarango', written over a horizontal line.

Natalia Elizabeth Torres Sarango

C.I.0105607246



RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE AUTOR

Yo *Tatiana Karen Marín Ramón* autora de la tesis “Impacto de la mastectomía, en el autoconcepto de mujeres con cáncer de mama”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título en Psicología Clínica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Marzo de 2015



Tatiana Karen Marín Ramón
C.I.:0104770268



RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE AUTOR

Yo Natalia Elizabeth Torres Sarango, autora de la tesis “Impacto de la mastectomía en el autoconcepto de mujeres con cáncer de mama”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título en Psicología Clínica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Marzo de 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Natalia Elizabeth Torres Sarango', written over a horizontal line.

Natalia Elizabeth Torres Sarango

C.I.0105607246



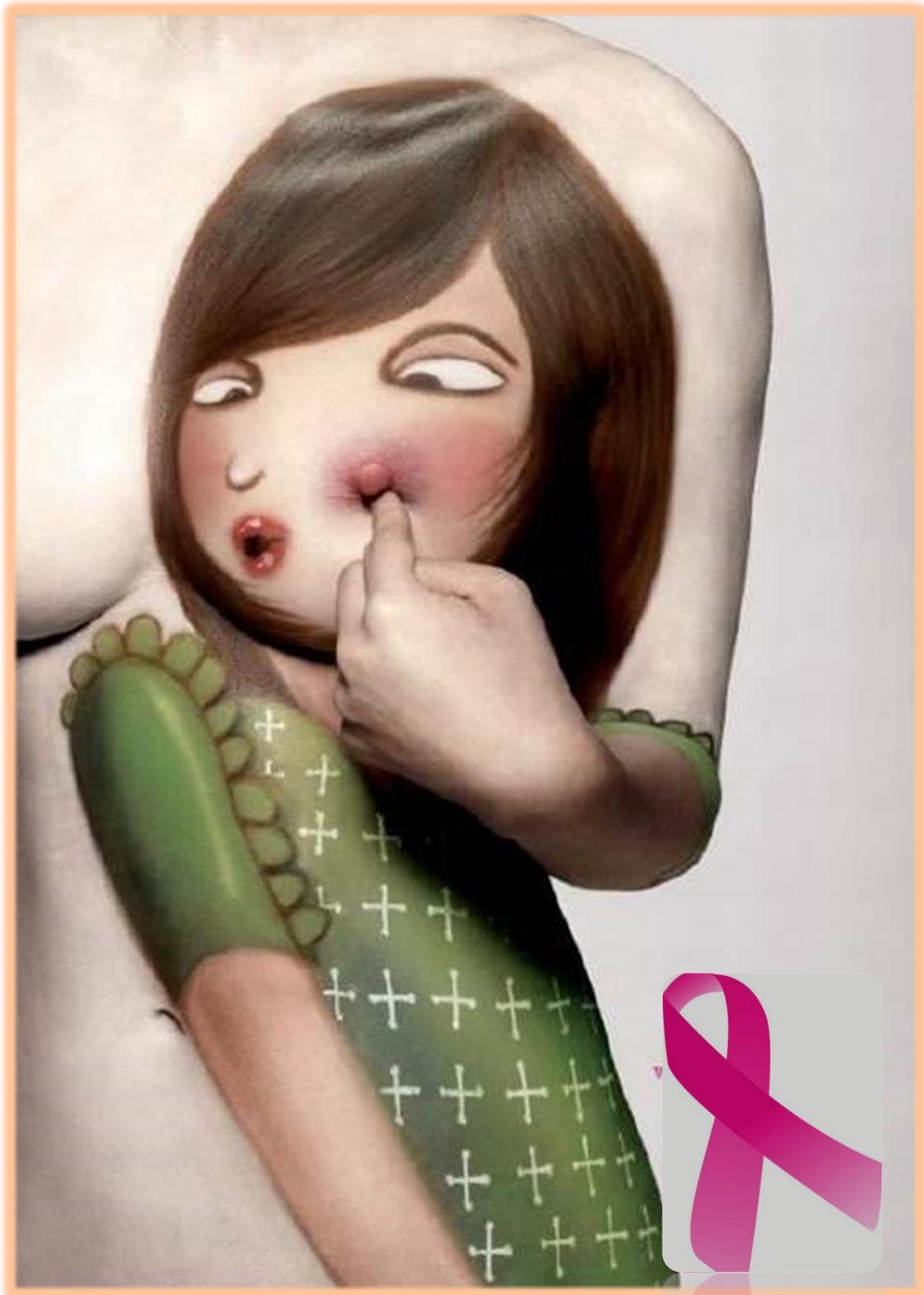
INTRODUCCIÓN

La detección de cáncer de mama, ha ido aumentando en los últimos años, sin embargo, con los avances de la medicina existe gran cantidad de tumores cancerosos del seno que son detectados antes de que causen algún síntoma, no obstante, para algunas mujeres será muy tarde, al encontrarse con un diagnóstico de cáncer de mama en estadios I, II, y III. Como indicación médica estas mujeres son sometidas a la mastectomía, con el propósito de eliminar tanto cáncer como sea posible. Es así que, la mastectomía suele ser un procedimiento importante en el tratamiento del cáncer de mama, sin embargo, constituye un cambio agresivo en la parte física y psicológica de las mujeres.

Por esta razón, el objeto de estudio se centra en conocer cómo se encuentra el autoconcepto de las mujeres que se han sometido a la mastectomía como medida terapéutica ante el cáncer de mama. En el Capítulo 1 denominado “Cáncer” se realiza una revisión bibliográfica, donde se explica ¿Qué es el cáncer de mama?, los posibles tratamientos como la mastectomía y tratamientos coadyuvantes como la radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, terapia biológica con sus posibles efectos secundarios que influyen en la vida de estas mujeres. Por otro lado, en el Capítulo 2 se presenta un tema relacionado con la parte psicológica, en cuanto al autoconcepto, ¿Qué es?, ¿Cómo está constituido? y que factores podrían modificarlo.

En los siguientes capítulos se mostrara, el análisis y resultados obtenidos que hacen evidente el impacto que genera la mastectomía en el autoconcepto y la relación con ciertos factores tanto de protección que favorecerán a la aceptación del tratamiento; como también factores de riesgo que por el contrario obstaculizarán el proceso de aceptación de la paciente que padece cáncer de mama, pues existen alteraciones a nivel cognitivo, emocional y conductual.

CAPÍTULO 1 CÁNCER





1.1 Introducción

Se prevé que, a nivel mundial la mortalidad por cáncer aumentará en un 45% entre 2007 y 2030 (incrementara de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), debido, en parte al crecimiento demográfico, malos hábitos de salud y al envejecimiento de la población. En las estimaciones se ha tenido en cuenta las ligeras reducciones previstas de la mortalidad por algunos tipos de cáncer en países con grandes recursos, como, Estados Unidos, Canadá, Alemania, España, India, China entre otros. Sin embargo, durante el mismo periodo el número de casos nuevos de cáncer aumentará, como se explicó anticipadamente.

En cuanto al cáncer de mama, se pronostica que en el mundo occidental, el cáncer de mama en la mujer constituye el primero en incidencia y el primero o segundo (tras el cáncer de pulmón) como causa de mortalidad por cáncer (OMS, 2012). En el Ecuador, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres con una tasa del 35,4 %, seguido por el cáncer de piel con el 32 %, según un reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012).

A pesar de que el tratamiento multidisciplinar a nivel médico (quirúrgico, clínico, radioterápico y hormonoterápico) consigue excelentes porcentajes de curación, sus efectos secundarios pueden influir a nivel psicológico generando múltiples alteraciones entre ellas, en la autoestima, el sentimiento de falta del atractivo hacia su pareja, posible marginación laboral y social, estigmatización, etc, que son comunes a otros tipos de cáncer (Bayo, García, Lluch, & Maganto, 2007).

1.2 Concepto de Cáncer

Uno de los primeros conceptos acertados sobre el cáncer, fue el planteado por Ewing (1931), quien realizó las primeras investigaciones experimentales de cáncer, por consiguiente señala *“Un tumor es un nuevo crecimiento autónomo de tejido”* (citado por Fundación MAPRE, 2011).



En cambio, Die Trill, (2003, p. 41), hace una recopilación de los conceptos de cáncer que se han planteado a lo largo de la historia y los integra en una sola definición, entendiéndola bajo los siguientes términos:

“El cáncer es un grupo de enfermedades, algunas distintas entre sí y otras similares, que tienen en común que inicia por la transformación de una célula o grupo de células que evolucionan, aunque no todas, de forma polifásica, para formar un tumor que crece de forma indefinida, invade los tejidos u órganos vecinos y es capaz de dar metástasis hasta su diseminación y la muerte del paciente si no ha habido ningún tratamiento efectivo”.

Para profundizar el entendimiento del concepto de cáncer, se cita además la definición de la OMS, (2014):

“Un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis”.

Para una comprensión amplia y profunda sobre el cáncer, se incluye una definición adicional según el (Instituto Nacional del Cáncer de EEUU, 2014) refiere que:

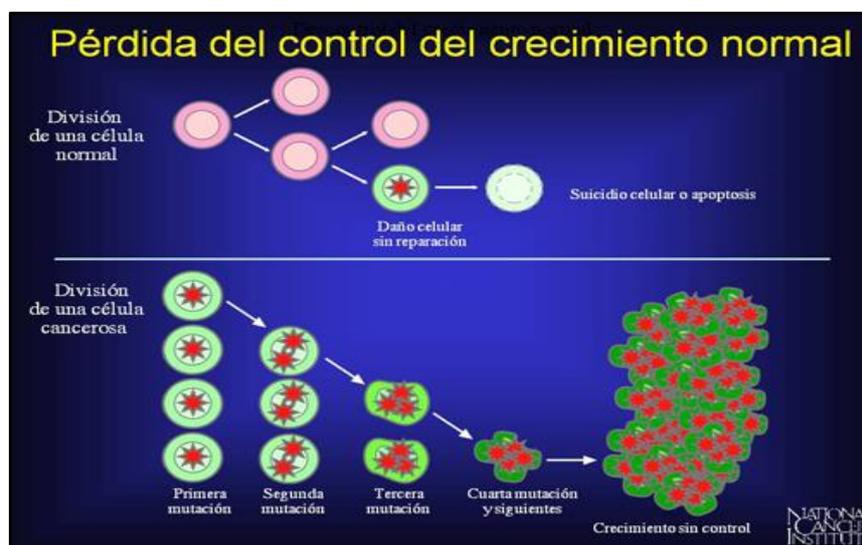
“El cáncer no es solo una enfermedad sino muchas enfermedades. Hay más de 100 diferentes tipos de cáncer. La mayoría de los cánceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan; por ejemplo, el cáncer que empieza en el colon se llama cáncer de colon; el cáncer que empieza en las células basales de la piel se llama carcinoma de células basales”.

Con las definiciones anteriores y partiendo de la teoría de que toda célula proviene de otra célula (“omnis cellula e cellula”), se admite que el cáncer es una enfermedad celular, que se da por el crecimiento descontrolado de

células anormales en el organismo, que se denomina células malignas, que invaden y destruyen los tejidos u órganos a tal punto de dispersarse por todo el cuerpo hasta producir metástasis¹, etapa en la que se produce la muerte del paciente, ya que es imposible que se confiera algún tipo de tratamiento.

Es así que, con los conceptos expuestos, se determina que el cancer se forma de las células que normalmente crecen y se dividen en una forma controlada para producir más células, cuando las células envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas. Sin embargo las células cancerosas “olvidan” la capacidad para morir y se multiplica casi sin límite y llega a formar unas masas, denominadas “tumores” o “neoplasias”, esto puede deberse a que el material genético (ADN), de una célula puede dañarse o alterarse, produciendo mutaciones (cambios) que afecta el crecimiento y división normal de las células, como se observa en el Gráfico N° 1 (Die Trill, 2003; SEOM, 2013).

Gráfico N° 1
Crecimiento Celular Anormal



Fuente: NCI de EEUU, 2013.

¹ Se refiere al cáncer que se ha diseminado desde el tumor original (primario) hasta órganos o nódulos linfáticos lejanos.



1.3 Tipos más frecuentes de Cáncer

Los tipos de cáncer se pueden agrupar en categorías más amplias, de acuerdo con la proliferación o más específicas dependiendo de la localización (órganos, tejidos, hueso, sistema linfático), que se da a partir de la formación anormal de las células. Por su proliferación se encuentran los siguientes tipos:

- **Tumores Benignos que no son Cancerosos:** Pueden extirparse y en la mayoría de los casos, no vuelven a aparecer, ya que estas células no se diseminan a otras partes del cuerpo.
- **Tumores Malignos que son Cancerosos:** Las células de estos tumores pueden invadir tejidos cercanos y diseminarse a otras partes del cuerpo. Cuando el cáncer se disemina de una parte del cuerpo a otra se llama metástasis, que es la causa principal de muerte de un paciente (INC de EEUU, 2014).

Dependiendo de su localización, las categorías principales de cánceres descritos en la OMS (2014), se encuentra el cáncer de pulmón, que es el más prevalente y es la primera causa de muerte por cáncer, seguido por el cáncer hepático, el cáncer gástrico, el cáncer colorectal, el cáncer mamario y el cáncer de esófago, que son diferentes en hombres y mujeres.

El Instituto del Cáncer SOLCA (2007), según el registro de tumores refiere que, localmente en el período 1996-2004, el total de casos con diagnóstico de cáncer alcanza la cifra de 6855; en la provincia del Azuay el 59,6 % de estos casos corresponden a las mujeres, con localizaciones más comunes en la piel, glándula mamaria, cuello uterino, estómago y tiroides, por otra parte en los hombres corresponde al 40,4 %, entre los más comunes está el cáncer de próstata, estómago, piel, sistema hematopoyético y ganglios linfáticos.

1.4 Cáncer de Mama

Por los datos expuestos anteriormente se ha visto conveniente enfocarse en el cáncer de mama, debido a que se encuentra dentro de los cánceres más incidentes

en lo local y mundialmente, pues en el año 2008 se diagnosticaron aproximadamente 1.380.000 casos nuevos de cáncer de mama, convirtiéndose así en el tumor más frecuente en la población femenina tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo (OMS, 2014).

1.4.1 Generalidades

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células del seno, como se mencionó anteriormente. Es decir, este tipo de tumor está formado por células cancerosas que pueden crecer hacia (invadir) los tejidos circundantes o propagarse a áreas distantes del cuerpo (hacer metástasis). Esta enfermedad ocurre casi por completo en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer (American Cancer Society, 2013).

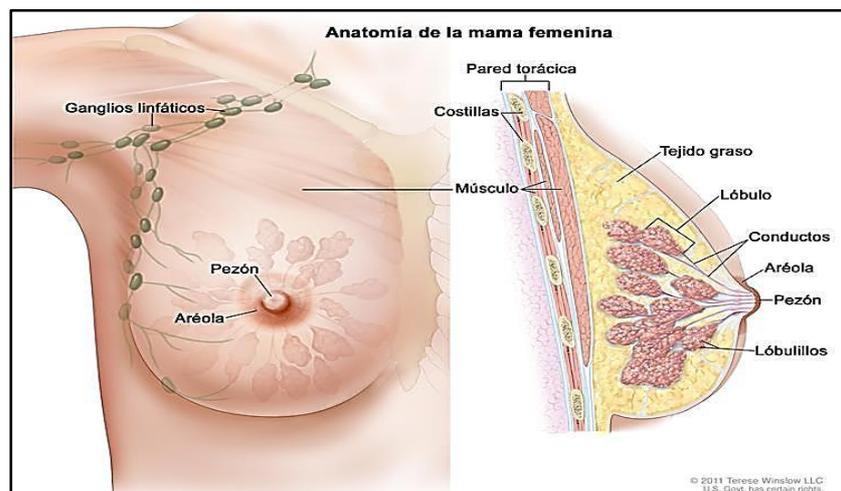
1.4.2 Anatomía Mamaria

La mama de una mujer se encuentra formada por tres estructuras principales, como se demuestra en el Gráfico N° 2:

- La piel
- El tejido subcutáneo
- La glándula mamaria

Gráfico N° 2

Anatomía de la Mama Femenina



Nota: Se muestra la parte externa de la mama (pezón y la aréola) y otras partes internas (ganglios linfáticos, los lóbulos, los lobulillos, los conductos).

Fuente: INC de EEUU, 2013.



Esta glándula tiene como principal función la producción y secreción de leche, para la lactancia. La leche es producida en unas pequeñas glándulas denominadas bulbos que se agrupan para formar lobulillos (glándulas productoras de leche). Estas estructuras glandulares están conectadas por unos tubos denominados ductos (tubos diminutos que llevan la leche desde los lobulillos al pezón) que irán confluyendo en otros de mayor tamaño hasta desembocar en el pezón. La mayor parte de las neoplasias de mama se desarrollan en el tejido que recubre los ductos y lobulillos, al ser un tipo de tumor que proceder de una glándula se denominan adenocarcinomas.

Como es natural, la mama pasa por diferentes fases dependiendo del estado hormonal de la mujer: durante el embarazo y la lactancia, la mayor parte del tejido mamario es glandular, el resto del tiempo predomina el estroma (el tejido adiposo y el tejido conectivo que rodean los conductos y los lobulillos, los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos). Tras la menopausia hay una disminución generalizada de ambos componentes con una atrofia del tejido glandular y persistencia de los ductos, lo que justifica la incidencia de cáncer de mama en estas edades (Bayo et al., 2007).

1.4.3 Epidemiología del Cáncer de Mama

Entre las ecuatorianas, el cáncer de mama es la primera causa de muerte con una tasa del 35,4 %, seguido por el cáncer de piel con el 32%, según un reporte de la OPS (2012).

En nuestro medio el cáncer de mama representa el 12.7 % de todos los cánceres diagnosticados, según menciona el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca (2007). En los últimos años, esta neoplasia presenta una tasa de incidencia con tendencia ascendente, como muestra el Gráfico N° 2.

Gráfico N° 3

Tasa de incidencia por cáncer de glándula mamaria, según años de ocurrencia, cantón Cuenca 1997 - 2004



Fuente: Registro de Tumores SOLCA Cuenca, 2007

1.4.4 Factores de Riesgo del cáncer de mama

A pesar de no existir una causa determinada para la formación del cáncer de mama, la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (2011), indica que los riesgos más comunes que pueden aumentar la posibilidad de desarrollar esta enfermedad se encuentran en:

- **Edad:** El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta a medida que la mujer envejece y en la mayoría de los casos, la enfermedad se desarrolla en mujeres de más de 50 años.
- **Antecedentes personales de cáncer de mama:** Una mujer que ha tenido cáncer de mama en una mama tiene una probabilidad del 1 % al 2 % por año de desarrollar un segundo cáncer en la otra mama.
- **Antecedentes familiares de cáncer de mama:** Las mujeres que tienen un pariente en primer grado (madre, hermana, hija) a la que se le ha diagnosticado cáncer de mama corren más riesgo de desarrollar la enfermedad, al igual de las mujeres que tienen un pariente en segundo grado (tía, sobrina, abuela, nieta) a quien se le ha diagnosticado cáncer de mama también tienen un riesgo más elevado de desarrollar cáncer de mama. Al evaluar los antecedentes familiares, se debe considerar a la familia paterna y a la familia materna.



➤ **Predisposición genética:** Las mutaciones en los genes 1 o 2 del cáncer de mama (BRCA1 o BRCA2 respectivamente) se asocian con mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama u ovario. Los hombres de la familia también pueden presentar estas mutaciones de los genes. Los investigadores estiman que el BRCA1, el BRCA2 y otros genes asociados al riesgo del cáncer de mama representan del 5 % al 10 % de todos los cánceres de mama.

➤ **Exposición a estrógeno y progesterona:** El estrógeno y la progesterona son hormonas femeninas que controlan el desarrollo de las características sexuales secundarias (desarrollo de las mamas) y del embarazo. La producción de estrógeno y progesterona disminuye en la menopausia y la exposición prolongada a estas hormonas aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Es así que las mujeres que comienzan a menstruar antes de los 11 o 12 años o llegan a la menopausia después de los 55 años tienen más riesgo de desarrollar cáncer de mama porque las células de esta glándula están expuestas al estrógeno y a la progesterona durante un tiempo más prolongado. Por otra parte, las mujeres que tuvieron su primer embarazo después de los 35 años o las que nunca tuvieron un embarazo a término también corren más riesgo de desarrollar cáncer de mama. Otro factor en el desarrollo de cáncer de mama es la terapia de reemplazo hormonal en la cual se utiliza hormonas femeninas como estrógenos, progesterona, testosterona, para tratar síntomas de la menopausia; de hecho, el número de diagnósticos nuevos de cáncer de mama se ha ido reduciendo por la menor cantidad de mujeres que reciben terapia de reemplazo hormonal.

En último lugar los anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas), aumentan levemente el riesgo de desarrollar cáncer de mama, mientras que otros no han mostrado relación entre el uso de anticonceptivos orales y el desarrollo de cáncer de mama, según algunos estudios (este tema aún es objeto de investigación).

➤ **Hiperplasia (incremento en el número de células) atípica de la mama:** Esta alteración aumenta el riesgo de cáncer de mama y se caracteriza por la presencia de células anormales, pero no cancerosas, que se encuentran en una biopsia de mama.

➤ **LCIS (Lobular Carcinoma In Situ):** Hace referencia a las células anormales presentes en los lobulillos o las glándulas mamarias. El LCIS aumenta el riesgo de



desarrollar cáncer de mama invasivo (el cáncer que se disemina hacia los tejidos circundantes). Si se encuentra LCIS, es posible que se lo extirpe para observar otros posibles cambios o anomalías como DCIS (Ductal Carcinoma In Situ).

- **Factores relacionados con el estilo de vida:** Al igual que con otros tipos de cáncer, los estudios continúan mostrando que diversos factores del estilo de vida pueden contribuir al desarrollo de cáncer de mama.

Estudios recientes han demostrado que las mujeres postmenopáusicas obesas tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. La falta de ejercicio, beber dos o más bebidas alcohólicas, el hábito de fumar, son factores que puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de mama, por la influencia que ejercen en las hormonas y el cambio en el metabolismo.

1.4.5 Signos y Síntomas del Cáncer de Mama

A pesar del uso generalizado de las mamografías de detección que ha aumentado la cantidad de tumores cancerosos del seno detectados antes de que causen algún síntoma. Aún algunos cánceres de seno no se detectan a mediante las mamografías, ya sea porque no se realizó la prueba o porque aún en condiciones ideales las mamografías no detectan todos los cánceres de seno.

Para la Sociedad Americana de Cáncer (2013), el síntoma más común de cáncer de seno es una nueva masa o protuberancia, no dolorosa, dura y con bordes irregulares, aunque a veces esta masa puede ser sensible a la palpación, blanda y de forma redondeada que incluso puede causar dolor. Por este motivo, es importante que un médico con experiencia en las enfermedades de los senos examine cualquier masa, protuberancia nueva o cualquier cambio en los senos. Otras posibles señales de cáncer de seno incluyen las siguientes:

- Hinchazón de parte o de todo el seno (aunque no se sienta una protuberancia definida).
- Irritación o hendiduras en la piel.
- Dolor en el seno o en el pezón.
- Enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la piel del seno o del pezón.
- Secreción del pezón que no sea leche materna.



- Cuando el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos de las axilas o alrededor de la clavícula, causa una protuberancia o inflamación ahí, aun antes de que el tumor original en el seno sea lo suficientemente grande como para poderlo palpar.

1.4.6 Tipos de Cáncer de Mama

La mama es una glándula, por tanto, llamamos cáncer de mama al tumor originado en las células y estructuras de la misma, por ello el cáncer de mama es un *Adenocarcinoma*.

Existen diferentes clasificaciones del cáncer de mama; 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*, como se menciona en la Tabla N° 1 y N° 2, sobre los tipos de cáncer de mama:



Tabla N° 1

Tipos de Cáncer de Mama

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 mamarios 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 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.
Carcinoma Inflamatorio de mama	Las células tumorales infiltran los vasos linfáticos y la piel. La mama está globalmente enrojecida y caliente, como si estuviese inflamada, porque las células tumorales bloquean los vasos linfáticos de la piel.
Enfermedad de Paget	Afectación del pezón y/o de la areola, asociado o no a un carcinoma intraductal ("in situ") o invasivo. Las células cancerosas conocidas como células de Paget se encuentran en la epidermis (capa superficial) de la piel, el pezón y de la areola. Se sospecha de esta enfermedad cuando la afectación del pezón y/o areola no se soluciona, debido a que se considera una dermatitis, está presente en una mama y se asocia a algún nódulo.

Fuente: AECC, contra el cáncer 2013.

1.4.7 Diagnóstico del Cáncer de Mama

Existen diversos mecanismos de diagnóstico de cáncer, para el cáncer de mama a continuación se expondrán los principales métodos utilizados, empezaremos describiendo una de las más primordiales y utilizadas por las mujeres.

a. Autoexploración

Es una técnica que consiste en la propia observación (delante del espejo) y palpación (estando acostada) que la mujer hace de sus mamas. Sirve para poder



detectar la aparición de alguna alteración en la forma o el tamaño normal de los pechos y en ese caso poder tratarla precozmente.

Por esta razón la autoexploración hay que realizar todos los meses, en la semana después de la menstruación, intentando que sea siempre el mismo día, porque durante en el periodo menstrual o en los días anteriores es normal que las mamas puedan estar más hinchadas o doloridas (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2010).

b. Procedimientos médicos.

En cambio, los procedimientos médicos son estrictamente realizados por un médico, se pueden utilizar para averiguar cuál es el problema e identificar la causa, es decir, si el tumor se ha diseminado a otras partes del cuerpo más allá de la mama o de los ganglios linfáticos debajo del brazo. Al respecto Ruiz, (1997) explica los siguientes tipos de diagnóstico:

1. Diagnóstico clínico

- Anamnesis de las Mamas: Se empieza por una historia clínica cuidadosa, teniendo en cuenta todos los síntomas específicos de la patología mamaria, dando gran importancia a los antecedentes personales y familiares, así como a su historia ginecobstétrica, todos estos datos nos permitirán luego planificar el seguimiento y control en el futuro. A partir de la información recogida se obtendrá el cuadro clínico que contiene, la presencia o no del nódulo palpable, si hay o no dolor, si existe secreción por el pezón, o si la piel o el pezón tienen una coloración rojiza, también la alteración de la forma o volumen del pecho, de la areola y tejidos adyacentes.
- Exploración Física: Se realiza primeramente la inspección, que tiene lugar en una habitación iluminada, donde la paciente se sienta cómoda. En posición sentada frente al examinador con los brazos colgados, luego con las manos colocadas en las caderas y finalmente con las manos levantadas por encima de la cabeza, para identificar los datos que se muestra en el Cuadro N° 1:



Cuadro N° 1

Datos que se recogen en el examen físico, de las mamas, según la posición corporal de la paciente.

DATOS	POSICIÓN DE LA PACIENTE
Forma Tamaño Simetría	Sentada o de pie con las manos en la cintura.
Alteraciones de la piel · contornos · relieve · vascularización · coloración · retracción · piel de naranja · ulceración · nódulos dérmicos · edema de brazo	Elevando los brazos.
Alteraciones del pezón · desviación · aumento de volumen · retracción · grietas · eczemas	Posición pendular.

Fuente: Ruiz, (1997)

En segundo lugar, se realiza la palpación, con la paciente de boca arriba, primero con los brazos colocados a lo largo del cuerpo y luego flexionados 90° (manos bajo la nuca), en esta posición se explora los cuatro cuadrantes de la mama con las yemas de los tres dedos centrales, en movimientos circulares contiguos, del tamaño de una moneda, aquí se determinara los datos expuestos en el Cuadro N° 2:

Cuadro N° 2

Datos que se reúnen, de palpación que realiza el medico en el examen físico de las mamas

DATOS	PACIENTE	MÉDICO
Tumor · número · localización	Acostada, con las manos bajo la nuca	Palma de la mano
· tamaño en cms. · bordes · superficie		Índice y pulgar
· consistencia		Bordes cubitales
· movilidad a piel a planos profundos		Pellizco
Ganglios · axilares · supraclaviculares · paracervicales	Sentada, con flexión de la cabeza hacia abajo	Digital

Fuente: Ruiz, (1997).



2. Técnicas diagnósticas complementarias

- Mamografía: Se realiza con un aparato de rayos X especial, llamado mamógrafo, la información obtenida en esta prueba a veces necesita ser complementada con otras técnicas, debido a que no es posible que se detecten ciertos tumores. Esta técnica se realiza según la función de la clínica y edad, es decir, según la clínica sería pacientes con patología de edad superior de 25 años, y según la edad en mujeres sin patología, es decir, mujeres que entran en edad de ser controladas periódicamente.
- Ecografías: Después de la mamografía es el método más importante del que se dispone para valorar tumores mamarios malignos, ayuda a la diferenciación entre la naturaleza sólida o quística de un nódulo ya que la ecografía consigue caracterizar una formación quística y un nódulo sólido, en probablemente benigno. Cuando existe concordancia entre el examen clínico y los hallazgos mamó y ecográficos, la certeza de la impresión diagnóstica es mucho mayor, llegando muy cerca del 100 %.
- Imágenes de resonancia magnética de las mamas (IRM): Usan campos magnéticos, para producir imágenes detalladas del cuerpo, también se usan para medir el tamaño del tumor, para esta prueba se administra un tinte especial, llamado medio de contraste, en la vena de la paciente antes de la exploración para ayudar a crear una imagen clara del posible cáncer. Se pueden realizar IRM de la mama después de que a una mujer se le haya diagnosticado cáncer, para controlar la otra mama o determinar cuánto ha crecido el cáncer en la mama (Neira, Arancibia, Aguirre, González, & Taub, 2010).
- Biopsia: Es un examen del tejido extirpado, esta es la vía más segura que debe ser complemento de un examen clínico y si no existen todas las lesiones sospechosas demostradas por la mamografía. El método más sencillo es la *biopsia por aguja*, sea por aspiración de células tumorales (PAAF) o por la obtención de un núcleo más pequeño de tejido. No obstante, la biopsia con aguja implica un mayor riesgo de obtener un resultado “falso negativo”, que indica que no hay cáncer cuando en realidad está presente, por eso debe ir seguida de una *biopsia abierta exisional*, que es el método más acertado para un diagnóstico concluyente antes del tratamiento definitivo. Este procedimiento es más parecido



a una cirugía regular, deja cicatriz y la recuperación tarda más tiempo (Ferreira, Hermann, Sáez, & Viguera, 2009).

1.4.8 Estadios del cáncer de mama

Para la estadificación del cáncer de mama, se usa el sistema T.N.M, del *tamaño (T)*, *alcance (N)* del tumor y *diseminación (M)* a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo. Una vez determinada las categorías T.N.M, se combina con un proceso llamado agrupamiento por etapas, lo cual permite describir cuán lejos se ha extendido el cáncer, representado con los números romanos 0, I, II, III y IV y con las letras A, B y C, según su proliferación y afectación al seno, como se describirá en la Tabla N° 2, cada uno de ellos. El estadio, por lo general, no se conoce sino hasta después, de haber realizado las diferentes pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente con sus respectivos (NCI, de EEUU, 2013).

Tabla N° 2

Estadios del cáncer de Mama

Estadio 0	Carcinoma in situ ductal y lobulillar, indica que las células anormales están en el revestimiento de un conducto y lobulillo del seno, pero estas células anormales no han invadido el tejido del seno cercano ni se han diseminado fuera del conducto.
Estadio IA y IB	El tumor del seno no tiene más de 2 centímetros y el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos (estadio IA). El tumor no tiene más de 2 centímetros de un lado a otro, pero se encontraron células cancerosas en los ganglios linfáticos (estadio IB).
Estadio IIA y IIB	El tumor no tiene más de 2 centímetros (estadio IIA), o el tumor tiene de 2 a 5 centímetros (estadio IIB) de un lado a otro, y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la axila.
Estadio IIIA, IIIB, IIIC.	El tumor del seno no tiene más de 5 centímetros (estadio IIIA) de un lado a otro y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la axila que están conectados unos con otros o con tejidos del alrededor o se ha diseminado a los ganglios linfáticos detrás del esternón.
	El tumor del seno que puede ser de cualquier tamaño (estadio IIIB) ha crecido dentro de la pared del tórax o de la piel del seno. El seno puede estar hinchado o la piel del seno puede tener bultos y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos bajo el brazo.
	Estadio III C, el tumor puede tener cualquier tamaño y se ha diseminado a los ganglios linfáticos detrás del esternón y bajo el brazo o se ha diseminado a los ganglios linfáticos de arriba o abajo de la clavícula.
Estadio IV	El tumor puede tener cualquier tamaño y las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo (pulmones, hígado, huesos o cerebro).

Nota: Tumor de 2 cm, similar al tamaño de un maní y un tumor de 5 cm, similar al tamaño de un limón.
Fuente: NCI de EEUU, 2013.



1.4.9 Tratamientos del Cáncer De Mama

Los tratamientos para el cáncer de mama son combinados es decir se puede aplicar varios de ellos para el cáncer de mama, dependiendo del estado físico de la paciente, el estadio del cáncer y de la opinión del médico, etc.

1.4.9.1 Tipos de Tratamiento para el Cáncer de Mama

Existen varios tipos de terapia a través de los cuales es posible tratar el cáncer de mama como por ejemplo: cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal y terapia biológica, pero será un equipo multidisciplinar, compuesto por oncólogos, cirujanos, expertos en patología mamaria, ginecólogos, radioterapeutas, nutricionistas, psicólogos y enfermeras/os los que decidirán el tratamiento más adecuado en cada caso concreto, dependiendo del estadio, las características del tumor y el estado de salud de la paciente (ROCHE, 2011).

En los estadios tempranos, el cáncer se limita a la mama y eventualmente a los ganglios linfáticos regionales, por lo que muchos de estos cánceres pueden curarse solo con el tratamiento local (dirigido solo al tumor o en alguna localización determinada) (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2010).

Entre los tipos de tratamiento, existen dos según la extensión o alcance de la terapia:

- **Terapia Local:** Utilizada para extirpar y destruir el cáncer en el lugar en el que se encuentra. Esto incluye el cáncer y una pequeña área alrededor del mismo, parte de esta terapia local son la cirugía y radioterapia.
- **La Terapia Sistémica:** Son tratamientos que son enviados a través del cuerpo para llegar hasta las células cancerosas en donde quiera que se encuentren para eliminarlas. Los medicamentos se pueden administrar oralmente o inyectar directamente en la sangre, aquí se encuentra terapias como la quimioterapia, la terapia hormonal y la terapia dirigida (Breastcancer.org, 2014).

1.4.9.2 Cirugía

Uno de los tratamientos más efectivos y aversivos es el quirúrgico que consiste en la extirpación del tejido canceroso, con los márgenes necesarios, pero dependiendo

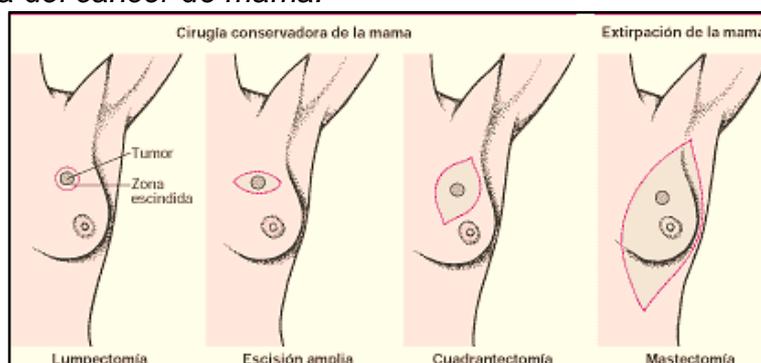
del grado de afectación y de la valoración del equipo multidisciplinar, por ese motivo la intervención quirúrgica varía, como se explica a continuación:

Cirugía conservadora de seno o también llamada Tumorectomía

Es un tratamiento de tipo conservador que consiste en la extracción del tumor, con un margen suficiente de tejido sano; o bien *segmentectomía*, que es la extirpación de un segmento más amplio de la glándula.

Este tratamiento siempre se complementa con la radioterapia y solo se hace cuando las características de la extirpación permitan conservar un seno de volumen, forma adecuada y se den unas condiciones que aseguren la curación al máximo. Dentro de la cirugía conservadora también está la *cuadrantectomía* (Gráfico N°4), que consiste en extirpar una cuarta parte del seno, en los casos en los que el tumor es pequeño (Valcárcel, 2013).

Gráfico N° 4
Tipos de cirugía del cáncer de mama.



Fuente: Valcárcel, 2013.

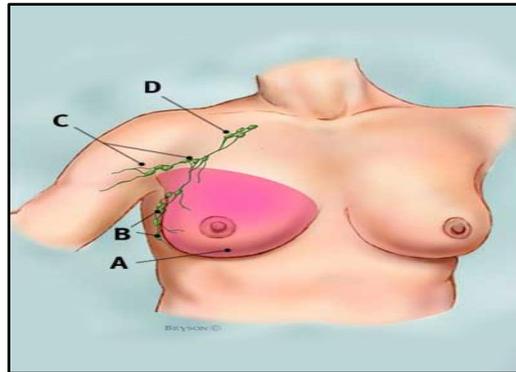
Actualmente, como otra alternativa de tratamiento quirúrgico, está muy generalizada la práctica conocida como *biopsia selectiva del ganglio centinela* que consiste en la extracción de un solo ganglio, específicamente seleccionado, a partir de inyectar una sustancia radioactiva en la mama, esta sustancia radioactiva va a través de los conductos linfáticos hacia los ganglios centinela en los que posiblemente se han diseminado las células cancerígenas, y serán las que se extraigan por el cirujano.

Mastectomía

La mastectomía es otro tipo de cirugía que quita todo el seno para tratar el cáncer de mama, como se observa en el Gráfico N°4, existen varios tipos de mastectomía, entre los principales están:

- Mastectomía Simple o Total: Quita el seno, un poco de la piel del seno, la areola y pezón, pero no quita los ganglios linfáticos de la axila (Gráfico N° 5). La mujer puede someterse, a una cirugía de reconstrucción mamaria, que se realiza al mismo tiempo que la mastectomía o en otro momento posterior.

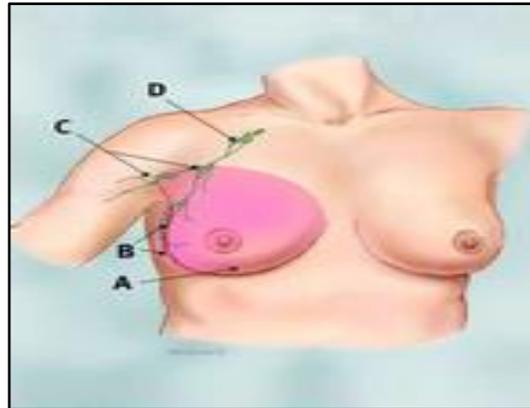
Gráfico N° 5
Mastectomía Simple



Nota: A: área de tejido extirpado.
B, C, D: ganglios linfáticos axilares.
Fuente: Breastcancer.org, 2013.

- Mastectomía Radical Modificada: Es la práctica más generalizada, permite conservar los músculos pectorales, con el fin de facilitar una posterior reconstrucción estética, esta consiste en quitar el seno, un poco de la piel del seno y la mayoría de los ganglios linfáticos de la axila, como se demuestra en el Gráfico N° 6. Se recomienda cuando el cáncer se encuentra en más de una región del seno, o cuando la paciente no es candidata de poder recibir terapia de radiación después de la cirugía (Departamento de salud Pública de California, 2011).

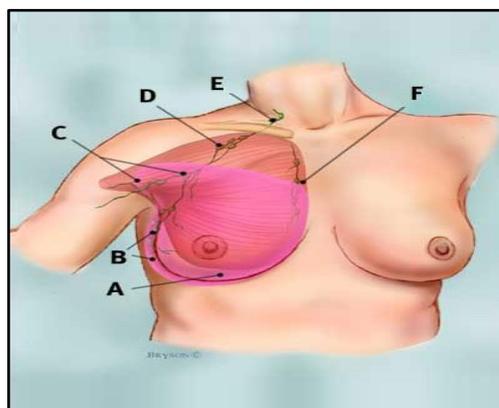
Gráfico N° 6
Mastectomía Radical Modificada



Nota: A: Parte extirpada junto con los ganglios axilares (B y C).
Fuente: Breastcancer.org, 2013.

- **Mastectomía Radical:** En la actualidad, la mastectomía radical sólo se recomienda cuando el cáncer de mama se ha propagado a los músculos torácicos situados bajo la mama. Este procedimiento consiste en quitar el seno incluido los músculos pectorales y los ganglios axilares, como se observa en el Gráfico N° 7. En la actualidad la mastectomía radical es poco habitual porque se ha comprobado que la mastectomía radical modificada tiene la misma eficacia y es menos antiestética.

Gráfico N° 7
Mastectomía Radical



Nota: A: parte extirpada, junto con los ganglios axilares (B, C, D) y los músculos pectorales (E, F).
Fuente: Breastcancer.org, 2013



1.4.9.3 Quimioterapia

Como tratamiento la quimioterapia, consiste en la administración de medicamentos, generalmente por vía intravenosa o vía oral, con la intención de eliminar complementando a los tratamientos locales de cirugía y radioterapia, las células cancerosas que pueda haber por todo el cuerpo.

La quimioterapia es una técnica que utiliza varios medicamentos en forma secuencial, cada una de estas secuencias se conoce como ciclo de tratamiento. En el cáncer de mama se utiliza para disminuir el riesgo de que el cáncer regrese, contraer un cáncer grande y para tratar un cáncer de mama que se ha diseminado (Bouche, 2013).

1.4.9.4 Radioterapia

Otro tratamiento para el cáncer de mama es la radioterapia que es un tratamiento contra el cáncer que usa cantidades altas de radiación para destruir células cancerosas y evitar que se propaguen (Sociedad Estadounidense de Oncología Radioterapica, 2012). Mediante esta técnica se persigue destruir las posibles células cancerosas en el área en la que se administra.

Es obligada tras un tratamiento quirúrgico de tipo conservador (cuadrantectomía) y generalmente se emplea como complemento de la mastectomía. Hay dos formas de aplicar la radioterapia:

- **Externa:** Es el método más habitual, se acostumbra a administrar en breves sesiones diarias y la paciente no tiene en ningún momento contacto directo del cuerpo con la máquina a través de la cual recibe el tratamiento (Departamento de Salud Publica de California, 2011).

- **Interna:** También se conoce con el nombre de braquiterapia, y consiste en colocar sustancias radioactivas (contenido dentro de pequeñas agujas, pelotitas o un globo) cerca o dentro del tumor, el médico realizara la implantación mediante aplicadores (catéteres), con la ayuda de estudios por imágenes (como radiografías o imágenes por resonancia magnética) para poder encontrar la región exacta en donde se



requieren colocar la sustancia que es retirada al cabo de unos días. La radioterapia interna tiene la ventaja de ser muy localizada y de prolongarse poco en el tiempo. Antes de empezar con las sesiones de radioterapia se ha de llevar a cabo una comprobación, denominada “simulación”, que consiste en definir las partes del cuerpo que se van a irradiar (Montesinos, 2012).

1.4.9.5 Hormoterapia

Como ya se ha comentado en el apartado de los tipos de cáncer, los tratamientos, en la actualidad, se planifican en función de los aspectos biológicos y genéticos de las células que originan el cáncer de mama. Cuando estas células conservan la capacidad de responder a los cambios hormonales, pueden ser atacadas si las hormonas que estimulan su desarrollo se suprimen o se administran medicamentos que contrarresten su efecto sobre el crecimiento. En la hormoterapia se utilizan los siguientes fármacos:

- **Tamoxifeno:** Es una píldora que evita la acción de los estrógenos sobre la célula, bloqueando su receptor con el fin de que las células afectadas por el cáncer no sigan dividiéndose. Habitualmente se debe tomar una vez al día a la misma hora cada día, algunas mujeres pueden tomar tamoxifeno durante 5 años, otras pueden tomarlo durante 2 o 3 años y luego reciben un inhibidor de la aromatasa, según la situación particular de cada paciente.

- **Inhibidores de la Aromatasa (enzima responsable en la biosíntesis de los estrógenos):** Impiden que se formen estrógenos y por lo tanto que actúen sobre las células. Solo son útiles en la mujer postmenopáusica, debido a que estos inhibidores no pueden impedir que los ovarios produzcan estrógeno. La administración de la aromatasa puede ser oral, pues es una píldora que generalmente se toma una vez al día, durante 5 años aproximadamente (Arce, Bargalló, Villaseñor, Gamboa, Lara, Pérez, & Villarreal, 2011).



1.4.9.6 Terapia Biológica o Inmunoterapia

También existen tratamientos biológicos para eliminar las células cancerígenas de la mama, estos son fármacos cuya acción se dirige específicamente a las células cancerosas e interfiere con su capacidad de crecimiento.

El receptor HER2, Human Epidural growth factor Receptor-type2 (Receptor-2 del factor de crecimiento epidérmico humano), es una proteína que se encuentra en la superficie de muchas células, que en cantidades normales desempeña un papel importante en el crecimiento y el desarrollo de las células epiteliales². En algunos cánceres de mama, las células cancerosas tienen un número anormalmente elevado (sobreexpresión) de receptores HER2, lo que hace que las células se dividan y proliferen rápidamente, confiriendo al cáncer más agresividad.

Como tratamiento se utiliza el **trastuzumab** es un anticuerpo que se dirige específicamente contra el receptor HER2, y se utiliza para el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama HER2 positivo, tanto en estadios precoces como avanzados de la enfermedad, se administra como infusión venosa (intravenosa). Asimismo, el **lapatinib** (fármaco de terapia dirigida, inhibidor de los receptores del factor de crecimiento) actúa contra el cáncer de mama HER2 positivo, es una pastilla que se toma por vía oral (American Society of Clinical Oncology, 2013).

1.4.10 Efectos Físicos del Cáncer de Mama

Existen muchos efectos físicos secundarios al tratamiento de cáncer de mama a corto y largo plazo de cualquier tipo, a pesar de que en la actualidad la medicina ha avanzado para poder disminuir estos efectos, no se ha logrado reducirlos totalmente, debido a que en cada persona los efectos no son los mismos, dependerá de cada tratamiento y del tipo de cáncer:

a) Efectos Físicos de la Radioterapia

Debido a que los efectos de la radiación se acumulan gradualmente con el tiempo, la mayoría de los pacientes tienen muy pocos efectos secundarios iniciales, pero al final

² Células que recubren las superficies interna y externa del cuerpo, formando masas o capas celulares (American Society of Clinical Oncology, 2013).



del tratamiento experimentan principalmente cansancio ya que las radiaciones son numerosas. Entre otros efectos están los siguientes:

- Irritación de la piel similar a una quemadura de sol, a veces con una reacción de descamación hacia el final del tratamiento.
- Hinchazón leve a moderada del seno.
- Dolor leve con la palpación en el seno o en la pared torácica, que va mejorando.
- Dureza o leve encogimiento del seno.
- Cambio del tono de la piel, pocas veces con vasos sanguíneos finos visibles.
- Leve disminución de la amplitud de movimientos.
- Puede ocurrir una hinchazón de la mano o el brazo, llamada linfedema que es muy frecuente, pero depende de la extensión de la cirugía y la radiación (Sociedad Estadounidense de Oncología Radioterápica, 2012).

b) Efectos Físicos de la Quimioterapia

En cuanto a la quimioterapia, esta tendrá efectos según los fármacos que se administren a la paciente. Los medicamentos son tóxicos para las células cancerosas, lo que significa que logran destruirlas o evitar que se reproduzcan. Sin embargo, también inciden aunque en menor medida en las células normales, siendo este el motivo de que se produzcan efectos secundarios, entre los que cabe destacar:

- Vómitos, aunque no aparecen en todos los casos, en la actualidad se dispone de una amplia gama de fármacos que pueden evitarlos o mitigarlos.
- Caída del cabello, que tampoco se produce en todos los casos, sino que depende del fármaco empleado (el pelo vuelve a crecer siempre).
- Deficiencia de glóbulos blancos (neutropenia), con lo que cabe la posibilidad de que disminuyan las defensas del organismo.
- Diarrea, úlceras en la boca y en el aparato digestivo, alteraciones cardíacas.
- Cese de la menstruación (amenorrea) o adelanto de la menopausia.

c) Efectos físicos de la hormonoterapia



Por otra parte, la hormonoterapia produce efectos, que son parecidos a los síntomas que se dan en la menopausia, es decir, sofocos, nerviosismo, dolores articulares, dolores de cabeza, etc.

d) Efectos Físicos de la Mastectomía

Asimismo los efectos de una mastectomía son los que se presentan en cualquier operación mayor, incluyendo infección, dolores intensos, problemas con la cicatrización de la herida, sangrado inusual y riesgo de coágulos. La mastectomía con remoción de ganglios linfáticos puede ocasionar entumecimiento en la parte superior del brazo y en la axila, una reducción de la movilidad del brazo, hombro, o hinchazón en el bazo (Sociedad Española de Oncología Medica, 2013).

1.4.11 Efectos Psicológicos del Cáncer de Mama

Considerándose que los efectos psicológicos del cáncer de mama dependerán de la etapa de la enfermedad, del impacto emocional para cada paciente, la manera de enfrentar la enfermedad, sus tratamientos y la amenaza que puede suponer para la vida, además de que las pacientes tienen que adaptarse a cambios importantes en varios aspectos, se determina que estos efectos son diferentes en cada paciente.

Concurren efectos psicológicos que están involucrados incluso desde la noticia o diagnóstico de cáncer de mama, es decir, la primera reacción en la mujer diagnosticada con esta enfermedad es pensar si va o no a morir, seguida de la preocupación de si perderá la mama o la conservará; así surgen otros conflictos con relación a la esfera somática, la mujer ve alterada su simetría corporal, su función reproductora y función maternal. La alteración física interfiere frecuentemente con el establecimiento de relaciones íntimas, también surgen sentimientos de vergüenza, por la enfermedad o los diferentes tipos de tratamiento.

Otra área afectada por el cáncer de mama, es la parte emocional, pues esta enfermedad produce reacciones como ansiedad, tristeza, depresión, temor, ira y preocupaciones acerca de una posible recidiva, de los tratamientos o de la muerte. Asimismo existen efectos sobre la autoestima, especialmente en mujeres que basan su autoconcepto en los atributos físicos y que se consideran “más mujeres, más



bellas, más atractivas”, sobre todo cuando están intactas, igualmente puede haber un impacto en las relaciones sexuales y con la pareja, ya que se pueden dar trastornos sexuales o la mujer se sienta menos atractiva, a pesar de que es deseada por su pareja, en ella ha desaparecido el deseo sexual (Die Tril, Die Goyanes, 2003).

a) Efectos Psicológicos del Tratamiento de Cáncer de Mama, por Mastectomía.

Además de las consecuencias psicológicas relacionadas con el diagnóstico de cáncer de mama, igualmente hay consecuencias psicológicas asociadas al tratamiento, en especial de la mastectomía que en referencia al autoconcepto, son el objeto de esta investigación y en el cual profundizaremos en el Capítulo 2, por tanto, se expondrá algunas investigaciones, que presentan como se ve afectado el autoconcepto y sus elementos (autoestima e imagen corporal) como un efecto psicológico.

Atendiendo a las consideraciones expuestas anteriormente, la autoestima que es un elemento del autoconcepto, se la entiende como la autoevaluación que el individuo hace y mantiene de manera persistente sobre sí mismo; expresándose en una actitud de aprobación o reprobación e indicando hasta donde la persona se siente capaz, significativa, exitosa y valiosa (Montt & Ulloa, 1996). Una autoestima baja o negativa ha sido relacionada con pensamientos negativos y síntomas depresivos (Peden, Hall, Rayens, Beebe & Lora, 2000). En cambio, una autoestima adecuada ha sido relacionada con menos estrés y una mejor salud mental (Landeró & González, 2004).

Por tanto, en las mujeres con cáncer de mama, es importante comentar el papel que tiene el tratamiento (cirugía) en la autoestima. En un estudio realizado a mujeres con cáncer de mama, se encontró que (Al Ghazal, Sully, Fallowfield & Blamey, 2000; Sebastián, Manos, Bueno & Mateos, 2007), la autoestima es más baja o negativa en el grupo de mujeres a las que se les ha aplicado mastectomía radical en relación con el grupo de cirugía conservadora. Sin embargo, en otros estudios no se ha mostrado ningún efecto significativo entre la autoestima, el tipo de cirugía y tipo de tratamiento.



Con referencia a lo dicho, Berterö (2002) estudió los dos componentes de la autoestima: la autovalía y el autorespeto con una muestra compuesta por 13 mujeres con cáncer de mama, a 10 de ellas se les aplicó cirugía conservadora y a las otras 3, una mastectomía. Los resultados de este estudio mostraron que la mayor parte de las mujeres de la muestra tenían la autoestima afectada, pues este autor expresa que diferentes aspectos están relacionados con la autoestima en el cáncer de mama, como la inhabilidad de poder continuar con sus actividades, posiblemente debida a los cambios físicos a los que han estado expuestas.

En consecuencia, se determinó en este estudio que, las mujeres además de haber experimentado un cambio corporal, tenían el sentimiento de no tener el mismo valor como mujer y como esposas, e incluso algunas se veían deficientes físicamente, tenían vergüenza de sí mismas, de no ser una mujer entera (Berterö, 2002), lo cual está relacionado directamente con la imagen corporal que estas mujeres tenían de sí mismas.

Así también, con relación al otro elemento del autoconcepto, es decir, la imagen corporal, se encuentra que, el tipo de cirugía (mastectomía) podría ser una de las más importantes variables que influyen en la imagen corporal. Se ha observado que en muchas investigaciones se relaciona la mastectomía radical con una peor imagen corporal (Sebastián et al., 2007). Sin embargo, otros estudios afines no han encontrado dicha relación (Suarez, 2004).

Con referencia a lo dicho, Fernández (2004) ha realizado una investigación, acerca de las variables que influyen en el cambio de la imagen corporal de las personas que padecen cáncer de mama, estas variables son: en cuanto al tipo de cambio físico que experimenta la persona, la localización y el grado de discapacidad asociado; concluyendo que los tratamientos quirúrgicos radicales (como la mastectomía radical) presentan mayores problemas psicológicos y adaptativos que los tratamientos quirúrgicos conservadores.

Por otra parte, Suarez (2004), estudió la autopercepción corporal, la cual se refiere a "la percepción de sí mismo en tanto sujeto físicamente existente, con el sistema de



atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable e incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona”. Este autor comparó los grupos de mastectomía radical y conservadora con respecto a la adecuación de la imagen corporal y observó que la inadecuación corporal fue leve en el 31,25 % de los casos de mastectomía radical; y nula en el 41,67 % en cirugía conservadora. Es decir, no se hallaron ninguna asociación entre el tipo de cirugía y la inadecuación corporal.

Finalmente, se puede decir que según la deformidad en la mama y el significado emocional que tiene para la paciente los cambios en su esquema corporal; la mastectomía provoca un alto impacto psicológico, debido a que inicialmente las pacientes se tranquilizan por la alta expectativa de curación, esta intervención provoca una deformidad o ausencia de la mama, que conlleva unas consecuencias negativas a nivel de las alteraciones en el esquema corporal que a su vez provoca problemas de autoestima y dificultades en las relaciones sexuales (Asociación de mujeres mastectomizadas de España, 2014).

b) Efectos Psicológicos de la Radioterapia

Entre los diferentes efectos psicológicos de la radioterapia, se señala especialmente que hay signos de miedo, ansiedad, depresión, ira, culpabilidad y pesimismo acerca de la efectividad del tratamiento. Así también, se pueden dar reacciones de ansiedad y medio al esperar mucho tiempo antes de entrar a la sala de tratamiento, o al estar en ella, con las máquinas de radioterapia. Existe un efecto casi frecuente en general cuando se realiza las radioterapias, es la fatiga que puede durar incluso un año después de haber terminado el tratamiento.

Es también relevante el efecto de estrés que produce la radioterapia debido a que las radiaciones se aplican 5 días a la semana, durante aproximadamente cinco semanas, interfiriendo en la vida cotidiana, los gastos que implica, preocupaciones por el cuidado de los hijos y tener un horario laboral que se pueda cumplir según como es el horario de las radioterapias (Ornelas, Tufiño, & Sánchez, 2011).



c) Efectos Psicológicos de la Quimioterapia

En cuanto a la quimioterapia, es el tratamiento que demanda mayor ajuste psicológico, por ser un periodo más largo y pausado de terapia. En muchas ocasiones las náuseas y vómitos que se producen como efectos físicos secundarios del tratamiento, se producen antes de la sesión de quimioterapia, esto se da por un mecanismo de condicionamiento aversivo ante estímulos del ambiente, debido a que provoca altos niveles de ansiedad, se deteriora la calidad de vida del paciente, hasta puede provocar el abandono del tratamiento.

Asimismo, el tratamiento sistemático con quimioterapia o radioterapia repercute también en la imagen corporal de las mujeres que padecen cáncer de mama, además de la pérdida de pelo que experimentan las pacientes que reciben quimioterapia, aparecen síntomas menopáusicos y una posible pérdida de la fertilidad, la cual actúa como una pérdida de su feminidad (Lemieux, Maunsell & Provencher, 2008).

d) Efectos Psicológicos de la Terapia Hormonal.

La terapia hormonal, por otra parte, puede ocasionar una menopausia prematura, lo que conlleva a la disminución de la libido y causar sequedad vaginal que interfiere en la actividad sexual ocasionando un descenso de la misma. También puede contribuir a la aparición posterior de una depresión, por la dificultad sexual y por la menopausia prematura algunas pacientes ya no podrían ser madres (Pérez, 2011).

Se manifiesta también que la administración de terapia hormonal aumenta el riesgo de deterioro cognitivo. Las áreas más afectadas son memoria verbal y velocidad de procesamiento. Algunos autores como Cimprich y Jenkins (citado en López, Cruzado & Feliu, 2011), proponen que las variables edad, nivel educativo y el estadio de la menopausia pueden aumentar el riesgo de padecer estos déficits.

En conclusión se sabe que el cáncer es una enfermedad celular que puede afectar a cualquier parte del organismo, en la cual se produce un crecimiento acelerado de las células malignas o cancerosas lo que produce tumores. Es decir, existen diferentes tipos de cánceres según la localización donde las células malignas se desarrollen, por



esta razón, existe el cáncer de mama que es un tipo de cáncer llamado adenocarcinoma (cáncer que se produce en la glándula).

Hoy en día existe una serie de tratamientos, para poder eliminar en lo posible las células cancerosas de la parte del organismo que se encuentre afectada; entre uno de los tratamientos más comunes del cáncer de mama, se encuentra la cirugía (mastectomía), que por ser un tipo de tratamiento bastante aversivo, en general produce una serie de efectos tanto físicos como psicológicos, en los que se producen cambios en la imagen corporal, diferentes reacciones emocionales de pérdida de la mama, disminución de la autoestima y depresión, entre otros.

CAPÍTULO 2 AUTOCONCEPTO





2.1 Introducción

La mama femenina ha sido, es y será una parte fundamental en la mujer, tanto desde el punto de vista social, estético, sexual, fisiológico y nutritivo. La extirpación de esta parte esencial del cuerpo, no solo acarrea consecuencias físicas, sino también psicológicas donde la parte más afectada será el autoconcepto. (Naranjo & Alvarado, 2007).

El autoconcepto un término que lleva a definir quiénes somos, pero en ocasiones resulta difícil explicarlo para la mayoría, sin embargo el conocerse ayuda a decidir cómo pensar y actuar. Esta conciencia de la identidad propia y la de otros, hace la vida más sencilla y facilita las relaciones interpersonales e intergrupales.

Aunque esto parezca simple, el autoconcepto de una persona será el resultado de un gran número de aspectos tales como: la propia historia del sujeto, contexto en el que se desenvuelve, éxitos alcanzados, fracasos y el ambiente social, etc. En algunas personas el autoconcepto puede encontrarse estable, pero en otras resulta ser variable, como en el caso de las mujeres que se han sometido a una mastectomía, donde los elementos constitutivos del autoconcepto como la autoestima e imagen corporal, desempeña un papel importante (White, 2000).

Confirmando lo previamente mencionado actualmente en muchos países se realizan investigaciones acerca de esta temática, donde claramente los resultados muestran un autoconcepto alterado, es el caso de Da Silva & Villela (2003) en uno de sus estudios realizados a mujeres con mastectomía, han demostrado que las cirugías mutiladoras suelen afectar la percepción del propio cuerpo, pues implican cambios en la imagen corporal, afectando además la autoestima, por tanto, se muestra cambios en los sentimientos de sí mismas y de su propio valor .

Por tanto, para una mujer el adaptarse a su nueva imagen, después de la pérdida de una parte primordial del cuerpo dependerá de múltiples recursos y factores de protección que posea, así también, por el contrario, algunos factores de riesgo



atenuaran el deterioro del autoconcepto, de las mujeres sometidas a una mastectomía.

2.2 Definición de Autoconcepto

El autoconcepto es un constructo psicológico que resulta difícil definirlo con precisión, pues como se ha podido evidenciar en la bibliografía, en muchas teorías se utilizan términos como autoestima, autoimagen, autoconfiguración como sinónimos; sin embargo, Burns (1990) señala que, estos términos más que intercambiables, son estáticos e incapaces de expresar el contenido dinámico del autoconcepto; por lo tanto, cada termino tendrá como significado una parte esencial del autoconcepto, pero no representara lo que en su totalidad significa este constructo.

Para una mejor comprensión, diversos autores consideran a dichos elementos (autoestima e imagen corporal) como elementos constitutivos del autoconcepto, antes que como constructos similares o equiparables (Arroyo, 1999). A continuación se citan dos de los conceptos más relevantes en el estudio del autoconcepto.

Por un lado, Shavelson & Bolus (1992) definen al autoconcepto como *"El conjunto de percepciones o referencias que tiene la persona de sí misma e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia"* (citado en Sebastián, Manos, Bueno & Mateos, 2007, p.161).

Con referencia al concepto expuesto, se destaca el hecho de que cada persona forma su propio autoconcepto en función de juicios, tanto de sus cualidades como de su apariencia externa, es así que a base de este constructo se han creado escalas, especialmente para el área académica que miden las diferentes facetas del autoconcepto; por esta razón cabe recalcar que esta significación no es relevante para este estudio, por lo que, se considera más adecuado, el siguiente concepto mediante el cual el autor explica con más claridad y precisión, la definición del autoconcepto.

Burns (1982) interpreta el autoconcepto como *"La conceptualización de la propia persona hecha por el individuo, afectada además por connotaciones emocionales y*



evaluativas poderosas” (citado en Saura, 1996, p.135). Esta evaluación propia dice Burns está formado por un conjunto de actitudes hacia sí mismo e integrado además por dos elementos: el descriptivo (autoimagen) y el valorativo (autoestima).

2.3. Concepciones Globales sobre el Autoconcepto

Considerando que, diversas han sido las teorías que han surgido sobre el autoconcepto a través del tiempo, la utilización de este término ha sido explicado desde diversas perspectivas, entre las más influyentes destacan en la bibliografía los aportes de la Filosofía, Sociología y Psicología, que han permitido desarrollar el concepto y conocerlo a profundidad. A continuación se expone una recopilación de estas concepciones en una línea de tiempo, la cual se basa en una reseña de Cazalla & Molero (2013) expuesto, en su “Revisión teórica sobre el Autoconcepto y su importancia en la Adolescencia”.

2.3.1 Perspectiva Filosófica

Desde la antigüedad muchos filósofos importantes intentaban comprender al ser humano en su totalidad; una de las primeras descripciones surge con el planteamiento del “Self” (Yo), término centrado en conceptos metafísicos tales como: alma, espíritu, voluntad, etc.; encuadrándose por tanto, dentro de los ámbitos Filosófico y Religioso. Por ello, Sócrates (V, a.C) subrayó al conocimiento de “Sí mismo” como medio de exploración interna que lleva a la plenitud, es decir, desde esta época se dará gran importancia al autoconocimiento de la búsqueda interna para poder comprender a los demás.

Según Musitu & Román (1982), Platón en el siglo V-IV a. C., inició el estudio del “Self” llamado en aquella época “Alma”; algo inmaterial o espiritual que permite realizar actividades vitales y que, además, tiene la facultad de dar conocimiento del mundo. Aristóteles (IV, a. C.), en cambio, se basa en los tratados anteriores, para hacer una descripción sistemática de la naturaleza del “Yo”, la cual daba una identidad al individuo y describía su forma de pensar, sentir y actuar en diferentes áreas de su vida.



Más tarde, con el renacer cultural de Europa del siglo XVII, el concepto de “Self se reflejaría en el pensamiento de Descartes y Hobbes. Por un lado, Hobbes en su obra “Leviatán” publicada en 1651, aportó un código ético basado en el interés del “self” en el que explica, que la conducta correcta es aquella que promueve el propio bienestar (formado por un buen autoconcepto) y que esta conducta dependerá de un código social que estará constituido por las formas de pensar y actuar que son valoradas por los demás. Sin embargo, Descartes, quien defendía al “Yo” como una consciencia, es decir, conocer lo que ocurre al cuerpo, dándose cuenta de este conocimiento (algo cognitivo) y Locke, quien enfatiza la experiencia (conjunto de vivencias e ideas adquiridas) como algo primordial, definirán al autoconcepto como las sensaciones y percepciones propias actuales.

2.3.2 Perspectiva Sociológica

De acuerdo con la revisión histórica realizada por Rodríguez (2008), se evidencia que fue William James, a finales del siglo XIX concretamente en 1890, el primer psicólogo que desarrolló la teoría del autoconcepto y estableció un esbozo de lo que hoy sería la concepción jerárquica y multidimensional del sí mismo. Su obra “The Principles of Psychology” establece una clara distinción entre dos aspectos fundamentales del Yo: el yo (propriadamente dicho yo existencial), y el mí (también denominado yo empírico).

Estas dos partes tienen características y contenidos distintos dentro del sistema de autoconocimiento. El yo, según James, tendría la misión de conocer, de organizar el saber y de ser un agente encargado de construir el conocimiento que cada uno tiene. Este yo representa la conciencia de seres y sujetos independientes de los otros. Mientras que, el segundo elemento que constituye el “yo”, el *mí*, supone todo aquello que se va conociendo de forma empírica y objetiva de sí mismo y que da lugar a lo que en la actualidad se denomina autoconcepto.

En otras palabras el “yo existencial”, se refiere a la experiencia subjetiva de la existencia mientras que por otra parte el mí (yo empírico) se refiere a una comprensión más objetiva de las propias características, como la apariencia física, la condición



social, los rasgos de la personalidad y las capacidades cognoscitivas. Juntos, estos dos componentes del sí mismo comprenden nuestra conciencia de quienes somos o autoconcepto (Lewis, 1991). Este autoconcepto, a su vez, se encuentra compuesto de elementos que se encuentran jerarquizados.

- El lugar principal estaría ocupado por el conocimiento acerca de cómo se piensa, cuales son los juicios morales, las normas de comportamiento y conducta, etc.
- En un escalón siguiente encontraríamos el conocimiento aportado por otras personas, para terminar con un cúmulo de rasgos físicos y materiales que conforman la visión y definición sobre lo que somos y quienes somos.

Estos aspectos, *yo* y *mí*, se encuentran íntimamente relacionados y se influyen mutuamente a lo largo de la vida de cada sujeto. El autor señala la importancia de tener en cuenta la distancia entre lo que el individuo cree de sí mismo y lo que realmente es en otras palabras entre las aspiraciones y las capacidades. Otro aspecto esencial apuntado por James es que cuenta a los “otros” como sujetos que contribuyen a la construcción de la imagen que cada individuo tiene de sí mismo.

Estos postulados de corte social van a ser retomados como elementos explicativos de la construcción del autoconcepto por otros autores también pioneros en este ámbito de estudio a partir de principios del siglo XX.

Al igual que James, el interaccionismo simbólico³ 1920 de la Escuela de Sociología en Chicago, subraya el carácter social del desarrollo del autoconcepto, es decir, entiende que este se forma a partir de las interacciones sociales con los otros, por lo que no es posible el análisis del individuo sin tener en cuenta su aspecto social. Teniendo en cuenta los aportes del interaccionismo simbólico, el autoconcepto surge de la influencia recíproca con la sociedad y refleja las características, expectativas y evaluaciones que los otros dan a la persona (citado por Cooley, 1922).

³ Se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación y que ha influido enormemente en los estudios sobre los medios (Cooley, 1922).



En relación con lo mencionado Cooley coincide con la tesis propuesta por la Escuela de Sociología de Chicago al manifestar que los *otros* constituyen una especie de espejo, social de tal forma que la percepción que cada sujeto tiene acerca de *sí mismo* está determinada por la percepción de las reacciones que los demás tienen sobre él (1922). Esto ya dice creo que hay que borrar

Años más tarde Mead (1934), apoyándose en las teorías de James, amplía el conocimiento y el entendimiento del autoconcepto al señalar que está formado por las diversas identidades sociales correspondientes a los diferentes roles que cumple una persona. Indica que el autoconcepto se forma gracias a que la persona es capaz de tomarse a sí misma como objeto (cuando utiliza las características que se tiene). Es decir, para este autor el aspecto social tiene una influencia determinante en la formación del autoconcepto, pues a partir de las interacciones con los demás y de las funciones sociales establecidas, el ser humano puede ir formando un concepto de sí mismo.

2.3.3 Perspectiva Psicológica

Dar una explicación del comportamiento humano también ha sido un tema de interés para los psicólogos, pero es precisamente en la década de los ochenta cuando aparece como un legítimo constructo teórico al interior de la Psicología Clínica y de la Psicología Educativa otorgándole un lugar central al autoconcepto. Desde las diversas corrientes psicológicas se ha tratado de elaborar una definición de autoconcepto; aunque no se ha llegado a un consenso general González & Tourón (1992) realizan una recopilación de los aportes más importantes que se exponen a continuación:

2.3.3.1 Psicoanálisis

Especialmente su precursor, Freud (1896) en su obra “El yo y el ello”, desarrolla una amplia teoría sobre el autoconcepto y su formación centrada en el Ello, el Yo y el Súper-yo como los tres procesos que integran la personalidad del sujeto. De estos procesos, el Yo es la estructura más englobante que no se limita a ser un mero agente de mediación entre el Ello y el Súper-Yo, sino que ejerce un papel integrador de toda la personalidad. El Yo, el Ello y el Súper-Yo constituyen el aparato psíquico y el



concepto de sí mismo, el contenido de este aparato mental se forma por medio de representaciones simbolizadas (imagen interiorizada del mundo exterior).

En la teoría psicoanalítica de Freud, la formación del autoconcepto sigue el desarrollo del aparato psíquico, las primeras imágenes de sí mismo emergen de la percepción gradual de una distinción entre sí mismo y el objeto de gratificación que resulta progresivamente fortificadas por las sensaciones agradables o desagradables para extenderse a una percepción cada vez más amplia del propio cuerpo (L'Écuyer, 1985).

Las exigencias pulsionales de adentro (ello), así como las del mundo exterior de reglas y normas (súper yo) formaran quien es. En el libro "Esquemas del psicoanálisis" se señala que *"la evaluación subjetiva de un individuo, coexistirá con un compuesto de pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona sobre su existencia individual, su noción de quién y qué es"* (Freud, 1947, p. 38). En consecuencia, el autoconcepto englobaría los tres componentes del aparato mental y se lo llegaría a entender como un conjunto de percepciones que el ser humano posee de sí mismo.

2.3.3.2 Conductismo

Desde la perspectiva del Conductismo en 1913, corriente defensora del método científico para el análisis de la conducta, se dio una traba en el avance del estudio del autoconcepto, porque al ser una teoría que solo da importancia a los aspectos de la conducta susceptibles de observación y medición para el avance de la psicología como ciencia, generó como consecuencia que se negaran los procesos internos como los pensamientos, los deseos, las expectativas y entre ellos el "Self", si no podían ser usados para medir las conductas.

Según esta corriente teórica, argumenta que para poder analizar estos aspectos de la persona, habría que recurrir a técnicas como la introspección, rechazadas de plano por el conductismo por considerarlas acientíficas y subjetivas, totalmente opuestas al avance de la psicología como ciencia empírica (Skinner, 1977).



Para el conductismo radical resultó difícil definir qué era el autoconcepto pero aportó en el estudio de ciertas variables que inciden en este, como el comportamiento, moldeamiento de la conducta y aprendizaje.

2.3.3.3 Fenomenología

En consecuencia, la Psicología Fenomenológica tendrá el objetivo de llenar el vacío creado por el Conductismo y el Psicoanálisis en relación con el estudio de la personalidad, por lo cual se centrará en el estudio de la conducta humana, pero desde un marco interno al sujeto. De acuerdo con lo mencionado, la Psicología Fenomenológica entiende a la conducta como fruto de la interpretación subjetiva de la realidad y al autoconcepto construido a partir de cómo se ve cada uno a sí mismo, como ve las situaciones en las que se encuentra y como se relacionan ambas percepciones (Snygg & Combs, 1949).

En aquel tiempo, Wyle (1974) es quien empieza a dar aportes sobre el autoconcepto en la fenomenología y coincide con Snygg y Combs al señalar que el autoconcepto se desarrolla y se mantiene desde las percepciones procedentes del mundo exterior, percepciones que sirven para dar una interpretación subjetiva de la realidad, denominada experiencia. Además, expondrá que no solo el pasado y las experiencias actuales, están presentes en el autoconcepto, sino además estarán implicados los significados personales que cada individuo atribuye a la percepción de esas experiencias. Es decir, en la fenomenología el autoconcepto más que el conjunto de percepciones es consecuencia de cómo cada uno cree que es.

2.3.3.4 Humanismo

Así mismo, la concepción fenomenológica ha influido de forma notable sobre la corriente Humanista, la cual considera al “sí mismo” como el constructo central dentro de la personalidad, según Rogers, (1959). El concepto central de esta orientación es el “self” o concepto de “sí mismo”, que hace referencia a las ideas y percepciones propias del individuo respecto a sus experiencias personales y aspiraciones.



Rogers afirma que la madurez emocional se alcanza cuando la persona es capaz de aceptarse a sí misma y no necesita de los mecanismos de defensa, igualmente, está convencido que toda la infelicidad de las personas proviene de no aceptarse como son. Únicamente cuando el ser humano se acepta a sí mismo, pierde todos los complejos de mostrarse tal y como es frente a los demás y frente a sí mismo, lo que le lleva a autorealizarse (Maslow, 1950).

En este sentido, la aceptación propia, se da sin intervención de lo que dicen los demás habiendo así una congruencia de lo que realmente es y de lo que dice ser. El autoconcepto entonces se lograría mediante el equilibrio de la experiencia y la autopercepción, lo que conduciría a un estado de ajuste psicológico entre la realidad exterior y la realidad subjetiva.

2.3.3.5 Psicología Social y Aprendizaje

A partir de la teoría del Aprendizaje Social cuyo principal precursor es Bandura (1969) se introducen dos nuevas variables en el estudio del autoconcepto: la autorecompensa y el autocastigo, ambos componentes del autoreforzo. De esta manera, el autoconcepto dependería de la frecuencia del autoreforzo, es decir, la valoración de otros refuerza la imagen que tiene el sujeto de sí mismo.

El aprendizaje social, a diferencia del conductismo, tiene en cuenta una serie de procesos internos del individuo asumidos implícitamente, aunque la conducta observable continúe siendo lo más importante. Lo que buscaría esta teoría es que, el hombre pueda controlar su propia conducta manipulando el ambiente y utilizando estrategias cognitivas proponiéndose metas, objetivos e incentivos a sus propias acciones.

Los psicólogos sociales ponen más énfasis en cogniciones, por lo que determinan que el autoconcepto es el entendimiento de una persona de sí misma (Coopersmith, 1967). Según esta teoría, las personas construyen un concepto propio haciendo atribuciones internas de su comportamiento. Estas atribuciones pueden cambiar por agentes externos como: la influencia de las relaciones interpersonales e intergrupales



(opiniones de otros). En consecuencia, se puede decir que las personas desarrollan su autoconcepto a través de varios mecanismos como: reacciones de otros, autopercepción, y comparación social.

2.3.3.6 Cognitivismo

Es una corriente que surge en las dos últimas décadas del Siglo XX y nace influenciado por el interaccionismo simbólico, que considera al “Self” (sistema de esquemas cognitivos que organizan, modifican e integran funciones de la persona) como una estructura o conjunto de estructuras cognitivas que permite ordenar la información que cada uno tiene sobre sí mismo.

Para esta escuela, la gente es diferente de los demás porque sus estructuras cognitivas o sistemas de esquemas son diferentes. Esto se debe a que, el desarrollo del autoconcepto es un proceso evolutivo, que con la edad conlleva cambios cualitativos y cuantitativos en su estructura cognitiva (Epstein, 1973). Por tanto, el autoconcepto para esta perspectiva viene a ser entendido como un proceso en constante construcción fruto de la interacción sujeto-medio, por lo que siempre se destacará en nuestros esquemas cognitivos solo aquellos aspectos de nuestra conducta que son importantes para nosotros o distintos en algún modo.

En resumen, se puede concluir que, desde la antigüedad se ha tratado de dar una explicación de lo que es el autoconcepto entendido en esa época como el “Yo”, que implicaba la respuesta a la pregunta filosófica ¿quién soy? obteniendo contestaciones relacionadas con el autoconocimiento. El aporte de la sociología puso en marcha el factor social que influiría en el desarrollo posterior del autoconcepto (Epstein, 1973).

Con el desarrollo de la Psicología y sus diferentes escuelas se da importancia a la parte cognitiva en la evaluación de sí mismo y también se incluyó el aspecto emocional, para llegar en la actualidad a una comprensión más amplia del autoconcepto considerado como un constructo teórico de difícil definición. La perspectiva psicológica considera que el autoconcepto es una estructura de contenidos múltiples acerca del sí mismo y jerárquicamente organizada, que se forma



a partir de los propios conceptos que los individuos tienen de sí mismo y se ve influenciado por el contexto familiar, social y emocional de cada uno.

2.4 Características del Autoconcepto

Como se menciona los distintos aportes para la definición del autoconcepto, este constructo también está conformado por diversas características que Epstein (1973) sintetiza en el siguiente apartado (citado por Villa, 1992. p.42):

1. Organizado: En cuanto a esta característica, la gran variedad de experiencias de un individuo establece una fuente de datos sobre la que se basan sus propias percepciones. Para reducir la complejidad y multiplicidad de estas experiencias una persona las cifra en formas más simples o categorías (Bruner, 1997). Las categorías representan una manera de organizar las propias experiencias y de darles significado.
2. Multidimensional: Es decir, en un principio (0-4 años) el autoconcepto es global (no está separado por áreas), y poco a poco, con la edad y con la acumulación de experiencias se van diferenciando distintas facetas y dimensiones (físico, académico y social), que dependerán de la edad, del sexo, de los conocimientos que posee el sujeto (Marsh & Hattie, 1996).
3. Jerárquico: Hace referencia a las distintas dimensiones del autoconcepto que se organizan jerárquicamente según su nivel de generalidad. En la parte inferior se encuentran los componentes específicos correspondientes a las situaciones concretas como autoestima o autoimagen, mientras que en la cúspide se situaría el autoconcepto general (ver Gráfico N°1, Elementos del Autoconcepto).
4. Estable: Es un atributo esencial, aunque no por eso deja de ser modificable, es decir, en la edad adulta alcanza una estabilidad que en edades anteriores no se podía poseer.
5. Experimental: Esta característica se basa en el supuesto que al aumentar la edad y la experiencia (especialmente al adquirir los niveles verbales), el autoconcepto llega a diferenciarse cada vez más, es decir, a medida que el niño coordina e integra las partes de su autoconcepto, podremos hablar de un autoconcepto multifacético y estructurado.



6. Valorativo: Quiere decir que el individuo desarrolla una descripción de sí mismo en una situación particular o clase de situaciones, las valoraciones pueden realizarse comparándose con patrones absolutos, tales como el “ideal al que me gustaría llegar” y pueden hacerse comparándose con patrones relativos, tales como “observaciones”. La dimensión evaluativa varía en importancia y significación según los individuos y también según las situaciones.

2.5 Desarrollo del Autoconcepto

Diversos autores, procedentes de los diferentes modelos teóricos dentro de la Perspectiva Psicológica consideran que el autoconcepto es un constructo que se va formando cuando el sujeto atraviesa por las distintas etapas del desarrollo.

Así lo sostienen Núñez & González (1994), quienes argumentan que el autoconcepto no es heredado, sino que es el resultado de la acumulación de las experiencias vividas por el individuo en su interacción con el ambiente. A medida que pasan los años se va formando y volviéndose cada vez más estable (como se mencionó en el apartado precedente) y con mayor capacidad para dirigir nuestra conducta.

Teniendo en consideración lo señalado, la percepción de cada experiencia vivida se desarrolla en un contexto social, lo cual implica que el autoconcepto y su funcionamiento particular está vinculado al contexto inmediato. Sin embargo, el autoconcepto también depende de las características evolutivas (físicas, cognitivas y afectivas) de la persona en cada momento de su desarrollo (Haussler & Milicic, 1995).

En consecuencia, el desarrollo del autoconcepto puede ser visto desde un enfoque interaccionista: el ambiente posibilita ciertas experiencias las cuales serán tratadas según las posibilidades evolutivas (por ejemplo poder llevar una conversación). Es decir, las diferentes dimensiones autoconcepto y su importancia en la elaboración del propio sentido personal, se encuentran fuertemente relacionadas con la edad de los individuos. Un ejemplo de ello lo constituye el hecho de que mientras en las primeras edades los niños reconocen su necesidad de los padres para su supervivencia, en la



adolescencia tiene mayor importancia los pares y el logro de la independencia familiar hasta llegar a la madurez (Alcaide, 2009).

Para una mejor comprensión sobre la influencia de las etapas del desarrollo en el siguiente apartado se abordara esta temática.

2.5.1 Etapas en la Formación del Autoconcepto

Para describir la formación del autoconcepto, se remite a la teoría planteada por L'Écúyer, (1990) quien distingue las siguientes etapas para la construcción del autoconcepto a lo largo del desarrollo:

1.- Emergencia del sí mismo (0-2 años): Se da una diferenciación entre el Yo, no Yo (lo que no tengo, lo que esta fuera de mí), además empieza el desarrollo de la imagen corporal (percepción del cuerpo); una vez que esta autoconciencia del propio cuerpo aparece.

2.- Aserción⁴ de sí mismo (2-5): Es una etapa en la que prima la construcción de la propia identidad y su afirmación. Los sentimientos que el niño experimenta (autoestima) nacen de acuerdo a cómo es tratado entre el segundo y tercer año de vida, pues se percibe y se adapta a nuevas formas de evaluar las competencias y aptitudes (ahora se lo compara con los demás niños, además entra en juego el reconocimiento social), así como los nuevos intereses. El afecto y el contacto físico generan sentimientos positivos.

3.- Expansión del Sí mismo (5-12): Incorpora muchas apreciaciones de los roles que cumple en distintos ámbitos (familiar, educativo, grupo de amigos, etc.) las cuales se organizan y jerarquizan. Al inicio de la adolescencia busca describirse en términos de identidad, haciéndose esta etapa cada vez más diferenciada y menos global. En esta etapa la autoestima e imagen corporal dependerá de las apreciaciones de los demás.

4.- Diferenciación del Yo (15-18): El proceso de expansión anterior continúa con nuevas diferenciaciones y observaciones del “yo”; además se produce la propia percepción de cualidades, defectos, capacidades y talentos. El objetivo de esta etapa

⁴ Afirmación, aseveración, expresión en que se da por cierta una cosa (RAE, 2014).



es el desarrollo de una identidad clara, mediante la adopción de una filosofía de vida y valores propios, lo cual permite un mayor conocimiento de sí mismo con los cuales identificarse, por esta razón, en la adolescencia aumentan las referencias a cualidades, roles, condición social, competencias y declinan las referencias al sí mismo somático, posesivo, activo.

5.- Madurez (20-60): Al iniciar la edad adulta el autoconcepto evoluciona y puede ser objeto de nuevas reformulaciones que surgen como fruto de diferentes acontecimientos: la adaptación y competencia en el trabajo elegido, adaptación al matrimonio o celibato, posición socioeconómica conseguido, papeles desempeñados en la sociedad, etc.; aquí el autoconcepto alcanza una mayor estabilidad.

6.- Sí mismo longevo (60-100): Corresponde a la visión que el adulto mayor tiene de sí mismo, en este estadio en algunos casos se produce un declive general del autoconcepto debido al influjo de factores: la percepción de la disminución de las capacidades físicas, la enfermedad, la pérdida de identidad profesional y social, la reducción de la vida social y activa, el sentimiento de soledad agudizado, a veces, por el abandono de las personas queridas. Estos acontecimientos conducen a una reformulación del autoconcepto, de la propia identidad y del valor moral (González, 2000).

2.6 Elementos del Autoconcepto

En los apartados anteriores se mencionó, desde diferentes perspectivas y autores, que el autoconcepto es un constructo multidimensional, es decir, está conformado por diversos elementos Burns los diferencia entre el “yo” y el “mi”. Este autor lo explicara a partir de los dos Yos: el Yo conocedor (yo) y el Yo conocido (mi), el primero hace referencia al self (sí mismo), mientras que el “mi” se refiere al contenido del self (lo que conozco), por lo tanto, este último se entendería como autoconcepto, en el cual a su vez se diferencia dos dimensiones como se enuncian en la Figura N° 1.

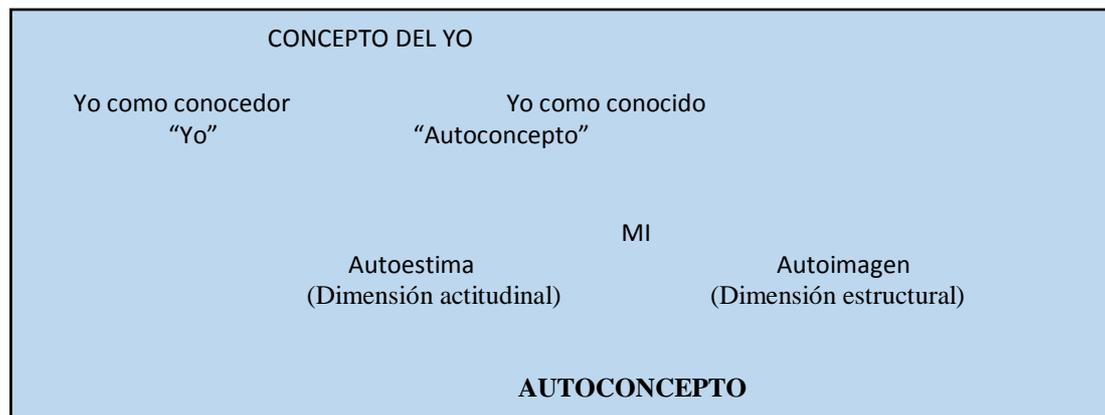
Estas dimensiones del autoconcepto Burns las distingue de la siguiente manera:

- 1) Una dimensión Estructural, en la que estarían contenidas las representaciones o autopercepciones meramente descriptivas de los diferentes atributos, roles, características, de cada persona, todo lo cual estaría relacionado con el concepto de autoimagen.

- 2) Una dimensión Actitudinal, que correspondería con el concepto de autoestima que es el resultado valorativo que el individuo se hace de sí mismo (Saura, 2002).

Figura N°1

Elementos del Autoconcepto



Fuente: Saura, 2002.

Es decir, la autoimagen o imagen corporal son percepciones propias de *mi* cuerpo y la autoestima es la valoración tanto de "mis" cualidades físicas como psicológicas.

2.6.1 Autoimagen o Imagen Corporal

Para empezar con el análisis de este constructo, al igual que en la autoestima, se aborda desde el significado etimológico de imagen corporal que procede del latín "*corporālis*" y refiere a lo perteneciente o relativo al cuerpo. El vocablo latín "*imago*" hace referencia a la figura, representación, apariencia o semejanza de algo, incluso hace mención de la representación visual de un objeto mediante técnicas de la fotografía, pintura u otras disciplinas (Estévez, 2012).

En conjunto estos términos significarían la representación del cuerpo, se considera que también está vinculada con aquello que tiene una extensión limitada y que es perceptible a través de los sentidos. Desde el punto de vista psicológico refiere que el concepto de imagen corporal suele asociarse a la representación simbólica que una persona hace de su propio cuerpo; se trata, por lo tanto, de la manera en que cada sujeto se ve a sí mismo, en relación con lo físico (Ortega, 2010).



Por otra parte, Hopwood, (1993), manifiesta que la imagen corporal se forma a lo largo del proceso de desarrollo físico y psicológico, en función de la interacción con los demás, no es fija e inamovible, va variando en función de las experiencias. Por ello, la aceptación y el apoyo por parte de familiares y amigos representan un papel muy importante para facilitar la propia aceptación de la imagen corporal, que va cambiando según cada etapa de vida (niñez, adolescencia, adultez). El contacto físico, la cercanía, las señales no verbales de aceptación y agrado ante su presencia, son cruciales para generar emociones positivas asociadas a su imagen y facilitan la integración social (Massó, 2001).

Thompson & Tantleff (1998), recogen una serie de definiciones de imagen corporal y términos cercanos, como “satisfacción corporal”, “exactitud de la percepción del tamaño corporal”, “satisfacción con la apariencia”, etc.; intentando definir más precisamente cada término, en la Tabla N° 1 se presentan diferentes definiciones de Imagen corporal extraídos de la revisión bibliográfica y que se han considerado los más influyentes de la historia.

Tabla N° 1

Conceptos de Imagen Corporal por autores destacados

AUTOR	AÑO	CONCEPTO
Schilder	1935	La “Imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro propio cuerpo se nos manifiesta”.
Cash & Pruzinsky	1990	Es la “manera en que las personas se perciben a sí mismas y cómo piensan que son vistas por las demás personas”.
Rosen	1995	Entendida como la “Manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea, que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como: satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad, y aspectos conductuales”.
Baile	2003	Se concibe como un “Constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción de cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo así como las emociones, pensamientos y conductas”.
Raich	2001	“Constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos”
Zagalaz & Rodríguez	2005	“El esquema o imagen corporal es la representación mental, imágenes y sentimientos que un individuo tiene acerca de su aspecto”.

Fuente: Elaborada por las investigadoras según la literatura encontrada.



El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la Educación Física, la Psicología, la Psiquiatría, la Medicina en general, o incluso la Sociología. Dentro del campo de la Psicología específicamente es considerado un elemento crucial para explicar aspectos importantes del autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta. (Maganto & Roiz, 2000).

2.6.1.1 Elementos de la Imagen Corporal

Thompson (1990), afirma la existencia de elementos influyentes en posibles cambios de la imagen corporal que van a intervenir en los diferentes niveles de respuesta, es decir, en la manera de sentir, de pensar, de actuar, de percibir y de relacionarse. Estos componentes se detallan a continuación:

- **Componente Emocional:** Incluye sentimientos sobre el grado de satisfacción o insatisfacción con la figura y con las experiencias que proporciona el propio cuerpo. Los pensamientos, sentimientos y valoraciones que provoca el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, determinadas partes del cuerpo que genera agrado o menos agrado o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

- **Componente Cognitivo:** Precisión con que se percibe el tamaño de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a la sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). Por ejemplo en investigaciones sobre trastornos alimentarios frecuentemente se ha hablado de subestimación del tamaño corporal.

- **Componente Conductual:** Las consecuencias de los componentes anteriores como: la percepción, pensamientos, sentimientos y valoraciones, refiere a cómo percibe el propio cuerpo y que siente con el mismo. Por tal razón muchas de las personas se visten para agradar a los demás y así ser aceptados en un grupo por ejemplo: se hace cosas como ponerse ropa más ancha, pesarse habitualmente para ver si ha bajado esos kilos de más, vestir de negro porque estiliza, evitar ir a la playa para no ponerse en bikini, no ponerse sandalias, peinar el cabello de una determinada manera, compararse constantemente con los demás, etc. (Rosen, 1997).



2.6.1.2 Tipos de Imagen Corporal

Un aspecto importante en el estudio de la imagen corporal se refiere a los niveles o rangos de este elemento del autoconcepto, los cuales son descritos por Hopwood, (1993) y que a continuación se explicaran:

- Imagen Corporal Alterada: Se da cuando se valora de una manera equivocada las formas corporales y se ven las partes del cuerpo como no son realmente. En este tipo de imagen corporal el sujeto está convencido de que solamente otras personas son atractivas y se valora al cuerpo como éxito y valía personal.

- Imagen Corporal Normal: Existe una percepción más o menos clara del cuerpo, se está a gusto con el cuerpo y se entiende que el aspecto físico de una persona dice muy poco sobre su carácter y valor personal. Es decir, hay una aceptación de su imagen corporal, puede percibir sus defectos pero sabe aceptarlos al igual que sus fortalezas. Cabe recalcar que en la cultura occidental actualmente, se valora positivamente la esbeltez, y se rechaza la obesidad. La presión en la mujer es mucho mayor que sobre los hombres, imponiendo modelos estéticos que causan problemas, pues casi siempre se asocia a la belleza con el éxito personal.

2.6.2 Autoestima

La palabra autoestima es un cultivismo⁵, que viene del prefijo “*αυτος*”, “autos,” de origen griego y que significa “*por sí mismo*”; y en segundo lugar la palabra “*aestima*”, que procede del latín, del verbo “*aestimare*” y que se traduce como “*evaluar, valorar o tasar*”. Así pues, etimológicamente entiende la autoestima como la valoración que se realiza de uno mismo (Turroja, 2014).

Para, Rosenberg (1965) la autoestima es un “*Sentimiento, positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo*” (Albo, Núñez, Navarro & Grijalvo, 2007, p. 101).

⁵ Palabra cuya morfología sigue muy estrechamente su origen etimológico griego o latino. (Real Academia Española, 2014)



Se ha tomado en cuenta este concepto, ya que destaca la valía y el estar a gusto con las capacidades que cada persona posee; es así que, a partir de este concepto se ha desarrollado una escala para poder medir el estado de la autoestima y su sentimiento de satisfacción con sí mismo a nivel global.

Como señala Branden (1997), es de gran importancia dejar claro que la autoestima tiene un significado preciso y específico; no obstante, uno de los problemas más importantes que plantea la investigación sobre la autoestima es la falta de rigor conceptual, lo que conlleva que atributos y características diferentes sean denominados genéricamente bajo el mismo término.

Diversos psicólogos como W. James, M. Mead o K. Horney han coincidido al describir la autoestima en función de la atribución aprendida de la valía propia. A continuación se presenta la Tabla N° 2 los aportes más reconocidos sobre la autoestima, que han surgido en las últimas décadas.

Tabla N° 2

Conceptos de Autoestima por autores destacados

AUTOR	AÑO	CONCEPTO
Rogers	1961	La concibe como una "Internalización de las actitudes que el sujeto percibe hacia él tanto si son propias como si proceden de los otros. Considera además que la autoestima es una actitud, es la forma habitual de percibirnos, de pensar, de amar, de sentir, y de comportarnos con nosotros mismos".
Campbell	1984	La autoestima es la "Apreciación positiva o negativa que los sujetos tienen de sí mismos, es decir, la forma en que un individuo es capaz de expresar una idea positiva sobre sí mismo. Esto incluye una evaluación personal de todas las dimensiones de la vida, basada en la comparación cognitiva, y es considerada como el componente evaluativo del autoconcepto".
Bonet	1997	Es un conjunto de "Percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter".
Marsellach	2003	Es el "Concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida".
Branden	2010	La autoestima es la "Suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades)".
Salles	2011	La "Evaluación y valoración de lo que el sujeto percibe que «es». Es decir, del conocimiento y las creencias que el sujeto tiene de sí mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona. Esta valoración se expresa en actitudes de la persona hacia sí misma y hacia el mundo".

Fuente: Elaborada por las investigadoras según la literatura encontrada.



Se puede evidenciar que las diversas definiciones sobre autoestima incluyen alguno o algunos de los elementos de la autoestima, tales como evaluación de sí mismo, respeto, valoración y juicio personal que implica una aprobación o desaprobación, responsabilidad de uno mismo, frente a los demás, sentimiento de la propia valía y sentimientos asociados a esa valoración, etc.; adoptando el concepto de Rosenberg como el más adecuado para esta investigación, ya que es un planteamiento que abarca todos estos elementos mencionados.

2.6.2.1 Elementos del Autoestima

A pesar de que la Autoestima es un elemento constitutivo del autoconcepto, este posee a su vez elementos propios, así lo entienden Amador & Forns, (1996) quienes explican que los componentes de la autoestima están íntimamente relacionados entre sí; de modo que, si uno de ellos se deteriora, los otros también quedarán negativamente afectados, y viceversa. Entre estos elementos de la autoestima se distinguen los siguientes (Steiner, 2005):

- **Componente Cognitivo:** Está conformado por el conjunto de percepciones, creencias e información que se tiene de uno mismo intervienen en este componente además las autoverbalizaciones y la autoevaluación que da lugar a una descripción de los rasgos propios. Esta descripción que no es necesariamente ni verdadera ni objetiva, pues el individuo se valora (autoestima) cómo se siente afectivamente en ese momento.

- **Componente Afectivo:** Derivado del anterior por la conexión existente entre pensamiento y afectividad que se da por los conceptos de los padres, de los maestros y de los pares del sujeto, “cómo me siento depende de cómo pienso” (lo positivo y negativo) la valía propia que se atribuye.

- **Componente Conductual:** Hace referencia a la intención y la decisión de actuar, es el proceso final de toda la dinámica interna de la autoestima. La autoafirmación dirigida hacia el propio yo en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás, es decir, las habilidades y competencias que posee cada persona, se demuestra al resto (Serrate & Barrado, 2011).



2.6.2.2 Tipos de Autoestima

A la autoestima también se la puede medir por medio de instrumentos psicométricos, en función, a los resultados de su escala Rosenberg (1965) diferencia en 3 niveles o tipos de autoestima, basado en el nivel en que las personas se relacionan con la percepción del sí mismo en comparación con los valores personales, que han sido desarrollados a través del proceso de socialización. A continuación se describen los tres tipos de autoestima.

- Autoestima Alta: Equivale a sentirse confiadamente apto para la vida, usando los términos de la definición inicial, sentirse capaz y valioso; o sentirse aceptado como persona.

- Autoestima Normal: Oscilar entre los dos estados, es decir, sentirse apto e inútil, acertado y equivocado como persona, y manifestar estas incongruencias en la conducta al actuar, unas veces con sensatez y otras con irreflexión (Branden, 2010).

- Autoestima Baja: Cuando la persona no se siente en disposición para la vida; sentirse equivocado como persona, provocando que pocas veces se exprese con palabras, lo que siente y piensa.

2.7 Factores Influyentes en el Autoconcepto

Con el desarrollo del autoconcepto también se puede encontrar ciertos factores influyentes que van a afectar indistintamente a sus elementos (autoestima e imagen corporal), que hace referencia a factores sociales, culturales, familiares, personales, físicos que va adquiriendo cada persona a través de los años, ya sea por la enseñanza de sus modelos paternos o la experiencia misma (Gonzales, 2012).

Todos estos factores dan lugar a la construcción de un concepto propio, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, emociones sobre el propio cuerpo y valía personal de tipo positivo, negativo e insatisfactorio. Estas emociones positivas y/o negativas se relacionan de forma directa e indirecta con el bienestar de sí mismo.



Es por este motivo que, en algunos casos, estos factores ayudarán a mantener un autoconcepto estable mientras que en otros pueden alterarlo. En este sentido, se identifican dos tipos de factores influyentes en el autoconcepto:

- 1) Los Factores de Protección: Definido como *“Atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa y facilita una adecuada evaluación y afrontamiento de los cambios o dificultades de la vida”*. (Remor, Amorós & Carrobles, 2006, p.37). En este sentido, el autoconcepto se mantendrá y será reforzado positivamente gracias a la influencia de factores como por ejemplo: niveles altos de resiliencia, apoyo, optimismo, etc.

- 2) Los Factores de Riesgo: Son *“Todas aquellas características o situaciones propias de la persona o de su entorno que aumentan la posibilidad de desarrollar desajuste y desequilibrio psicosocial.”* (McMahon, 1996, p.10). Es decir, son dificultades que aumentan la vulnerabilidad en el autoconcepto de la persona. Algunos ejemplos de este tipo de factor pueden ser: pobreza, problemas familiares, violencia, accidentes, enfermedades, pérdidas, guerras, etc.

Con respecto a lo mencionado anteriormente podemos decir que el individuo no es un receptor pasivo de estímulos, sino que los modula constantemente con su conducta y constituye su realidad. En este proceso de evaluación, interpretación, construcción, participan componentes genéticos, psicológicos, sociales y culturales. De acuerdo con Kern y Moreno (2007), tanto los factores de riesgo como los de protección deben ser vistos como resultado de la estrecha interacción individuo-ambiente, donde cada una de estas partes interpreta un papel activo y su manejo eficiente se da como resultado de la capacidad individual.

A continuación se presentan algunos de los factores influyentes identificados a partir de la entrevista a profundidad diseñada para pacientes crónicos terminales hospitalizados, siguiendo el modelo teórico de Masten y Powell (2003) en los cuales se ha incluido investigaciones relacionadas con el cáncer de mama y autoconcepto:



2.7.1 Apoyo Social

Las redes de apoyo social se definen como *“un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia”* (Speck, 1989). Las redes de apoyo permiten el fortalecimiento de una nueva autoimagen y autoestima en las mujeres sometidas a una mastectomía.

Según como perciban las mujeres a su pareja, a su familia, amigos y cómo influya el personal de salud (implanten estrategias de comunicación adecuadas) determinaran el autoconcepto que reestructurará la mujer, ya que todos estos actores permiten disminuir en algún grado el sufrimiento emocional de la mujer afectada y lo fortificarán pues tratarán de resaltar sus atributos buenos (Aguero & Messing, 2001).

En oposición a lo que Agüero y Messing señalan, en una investigación realiza en Costa Rica sobre las consecuencias del cáncer de mama y la mastectomía con la participación de 76 mujeres, se encontró que el que 58 por ciento de las entrevistadas señalan que tanto familiares como amistades manifiestan aparentemente, una curiosidad morbosa con respecto a su condición física y miran con insistencia el lugar ocupado por el pecho ausente, situación que las participantes consideran hirientes, lo que hace que se acomplejen. Es así que, para evitar estas situaciones muchas tienden a aislarse, limitando al máximo el contacto con los demás familiares y conocidos. En este sentido, el aislamiento o soledad constituye un factor de riesgo que se debe evitar, pero hay casos donde el rose social constituye un factor estresante (Pierre & Flory, 2000).

2.7.2 Actitud

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española la actitud es definida como *“El estado del ánimo que se expresa de una cierta manera (como una actitud conciliadora)”* (RAE, 2014). Los autores consideran que existe dos tipos de actitudes el pesimismo y el optimismo (Seligman, 1991). En cuanto al optimismo Scheier y Carver (1985), lo definen como la actitud de esperar que sucedan cosas buenas, mientras que al pesimismo como la actitud de esperar que sucedan cosas negativas,



dichas actitudes podría influenciar en los elementos del autoconcepto, dependiendo como la persona se defina (optimista o pesimista).

En investigaciones en las que mujeres sometidas a una mastectomía presentaban una actitud optimista se veían más atractivas y tenían menos preocupaciones por la imagen corporal, sentimientos de valía y autorespeto (Wimberly, Carver & Antoni, 2008).

Mientras que en mujeres con actitud negativa, sobresalían pensamientos negativos y se enfocaban tanto en sus debilidades (capacidades), como en sus defectos físicos, situaciones que provocaba menor adaptación y alteración en el autoconcepto (Urcuyo, Boyers, Carver & Antoni, 2005).

2.7.3 Tratamientos

Es importante señalar que, además del tratamiento de cirugía, el tratamiento coadyuvante con quimioterapia o radioterapia repercute en su libido y en su fertilidad, los pacientes van a tener también reacciones emocionales de pérdida y alteración en el autoconcepto, pues ya no se sentirán atractivas, ni valiosas (Sebastián, 2003); la pérdida de pelo y demás síntomas secundarios (ver capítulo 1) que experimentan la mayoría de las mujeres que recibe quimioterapia o radioterapia puede ser muy traumática.

Además, muchas mujeres cuando reciben quimioterapia experimentan una menopausia precoz sobre todo si estaban cerca de ella en el momento del tratamiento y aunque ya no deseen tener hijos, pueden experimentar la menopausia como una pérdida significativa de su feminidad (Avis, Crawford & Manuel, 2004).

Igualmente, como parte del tratamiento, en las cirugías radicales se produce una pérdida en la funcionalidad del órgano, por ejemplo las ostomía⁶, así como secuelas externas que deterioran la imagen del paciente como ocurre en la cirugía radical de mama, algunos autores consideran que la “convulsión psicológica” causada por la

⁶ Apertura creada quirúrgicamente en el cuerpo para reemplazar una apertura natural. Se requiere cuando la apertura natural es bloqueada por un tumor (colostomía) (NCI, 2013).



cirugía radical de la mama es diferente a la de cualquier otro tratamiento contra el cáncer ya que afecta a un órgano que es distintivo de feminidad, a la autoestima, a la percepción de la propia imagen y a la sexualidad, además del impacto causado por la propia enfermedad (Oiz, 2005).

2.7.4 Significado Cultural

Por otra parte, la cultura desempeña un papel influyente sobre el cuerpo, pues en las diferentes culturas el cuerpo humano y cada una de sus partes poseen una determinada connotación. En el caso de la mujer, las mamas han constituido generalmente una parte importante de la belleza corporal, un símbolo de la sexualidad y una zona erógena importante, así como una representación de la maternidad, porque las glándulas mamarias cumplen la función de alimentación de la cría en todos los mamíferos (García & González , 2007).

De igual manera, la cultura determina la valía personal, a través de atributos que las personas posean como: un buen trabajo, inteligencia, excelentes modales, buen humor, competencia personal y cualidades buenas, que son fuente el reconocimiento social lo que fomentaría una valía positiva (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

Se supone que el daño o la pérdida de una o ambas mamas traigan como consecuencia una afectación psicológica; es decir, genera malestar o sentimientos de pérdida de esas funciones y significados, lo cual se agrega a la afectación psicológica propia de la enfermedad, especialmente en una patología tan estigmatizada como es el cáncer de mama, suele estar afectada la identidad propia de la mujer, su imagen corporal y su autoestima (Thorne & Murray, 2000).

2.7.5 La Religión

Conceptualizado como un sistema de creencias y culto organizado por personas practicantes (Rivera & Montero, 2007). La religión y la espiritualidad son importantes para la mayoría de las personas en la población general. Los pacientes, en su mayor parte recurren a la espiritualidad y la religión para abordar enfermedades graves y



expresar el deseo de que sus necesidades e inquietudes sean escuchadas por un ser superior (NCI, 2008).

La influencia de las creencias religiosas sobre el afrontamiento a la enfermedad en estas pacientes ha sido estudiada también por Gall y Cornblat, quienes encuentran que los recursos espirituales pueden contribuir a que dichas pacientes hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal. Este crecimiento personal está basado en seguir las prácticas de Dios y su modelo de comportamiento (depende a que religión pertenezca) lo que influirá en el modo de pensar y percibirse (2002).

2.7.6 Características Individuales

En cuanto a las características individuales, se refiere a los recursos propios del individuo, habitualmente se observa que, si bien algunas personas que experimentan situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos, en muchos de los casos esto no es así, y algunas incluso son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias mediante un crecimiento personal.

En virtud de lo mencionado, la resiliencia es uno de estos elementos que se lo define como la *“Capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación”*⁷ (Kreisler, 1996, p. 40).

Una persona con características resilientes es aquella capaz de establecer relaciones sociales constructivas, tiene un sentido de sí mismo positivo, dimensiona los problemas (afrontamiento positivo), tiene sentido de esperanza frente a las dificultades, extrae significado de las situaciones de estrés, desarrolla iniciativa y se fija metas posibles de alcanzar (Saavedra, 2004).

⁷ Persona que se acomoda o se ajusta a diversas circunstancias o condiciones de su entorno (Kreisler, 1996).



Una característica en oposición a la resiliencia es la inconformidad, la RAE lo define como “*Una persona que no está conforme con una decisión o una situación o no la admite. Sinónimos: disconforme*” (2014).

Así pues, Rogers (1989) habla sobre la inconformidad a partir de la incongruencia “*tomamos decisiones basadas en valores y principios establecidos por la sociedad*”, las personas inconformes no están satisfechas (no hay aceptación⁸) con lo que tienen o poseen, buscaran compararse con el resto, ser perfeccionistas y por lo tanto siempre se hallaran insatisfecho consigo mismo.

2.7.7 Mecanismo de Defensa

Otro aspecto influyente en el autoconcepto son los mecanismos de defensa, principalmente se habla de la negación, definido como un mecanismo de defensa que consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia, o su relación, o relevancia con el sujeto. A este mecanismo muchas veces se lo relaciona con el afrontamiento negativo, pues cuando se da una situación problemática el individuo niega esa realidad (Bonanno, 2004).

Concordando con lo expuesto anteriormente, Elaine Missiaggia, en el año 2004, en Lima realizó un estudio sobre: “*Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación*” en el cual los resultados demuestran que la experiencia vinculada directamente con el cuerpo vulnera la imagen corporal de la mujer que la sufre, dificultando la integración mental de la misma.

Lo que quiere decir que, ante la pérdida de la mama, las mujeres suelen utilizar mecanismos de racionalización y negación, con los que intentan disminuir el impacto de la pérdida.

En psicoanálisis, el mecanismo de defensa gracias al cual el sujeto evita la frustración se da mediante un razonamiento. La racionalización distorsiona la realidad

⁸ Consiste en admitir, aprobar lo que somos ahora mismo, y la situación que estamos viviendo (Rogers, 1989).



para justificar prejuicios y fracasos, se inventan excusas que justifican una conducta frustrante o una situación inaceptable (Navarro, 2006).

2.7.8 Apoyo Psicológico

El Apoyo Psicológico consiste en entrenar al paciente en habilidades y estrategias para saber responder de una forma adecuada y favorable a sus problemas estresantes en estos casos ante la pérdida de una parte de su cuerpo.

En cuanto a la intervención grupal e individual, resulta ser facilitadora de cambios en la autopercepción y conocimiento de sí mismo. Principalmente en mujeres con cáncer de mama, permitiendo que se torne favorable, desde el inicio, el proceso de reacomodación al nuevo esquema corporal, generando mayor seguridad personal en relación con la autoimagen, la autoestima y la integración familiar, social y laboral (DeJuanas, Limón & Navarro, 2003)

Según Lucia, Millan, Sanchez, & Silvestre (2000) el apoyo psicológico debe estar dirigido a: que la mujer obtenga una imagen satisfactoria de sí misma, elevando su nivel de autoestima; preservar las relaciones de pareja y tratar las frecuentes dificultades en las relaciones sexuales, ya que este proceso dificulta o anula en ocasiones la vida sexual de la mujer.

2.7.9 Variables Sociodemográficas

Existen además variables sociodemográficas que pueden convertirse en factores influyentes en el autoconcepto, a continuación se enumerara las variables tratadas en este estudio. En el capítulo 4 se analizarán y se tratarán más a profundidad estos elementos:

- Edad
- Estado Civil
- Procedencia
- Nivel de Estudios
- Situación Económica/Laboral
- Antecedentes Ginecobstétricos



➤ Tipo de Tratamiento

En general, es importante considerar estos factores de manera conjunta tomando en cuenta su interacción y proceso de desarrollo, ya que coocurren con otros factores de riesgo y protección, usualmente, sincronizados con una secuencia de experiencias estresantes y no solo de un evento único (Kern & Moreno, 2007).

En resumen, el autoconcepto, constructo teórico complejo, ha sido abordado desde diferentes ámbitos de estudio filosófico, sociológico, educativo y psicológico. Estos han aportado descubriendo algunas características como por ejemplo: organizado, multidimensional, jerárquico, estable, experimental, valorativo y compensatorio. Aunque no exista un consenso para tener un concepto único, se toma en cuenta el planteamiento de Burns que define al autoconcepto “como un conjunto evaluativo de actitudes para sí mismo, formado además por dos elementos esenciales la autoestima y la imagen corporal”.

Por un lado, la imagen corporal va a ser todo lo que se describe del cuerpo y la parte que le da valía sería la autoestima que también estaría influenciado por los juicios de valor de los demás. Un autoconcepto normal favorece el sentido de la propia identidad, constituye una interpretación de la realidad externa y las propias experiencias, influyendo así en la adaptación, la motivación y el afrontamiento, que contribuye a la salud y equilibrio psíquico. Los factores de riesgo y protección serán un aspecto importante en la hora de estudiar al autoconcepto pues en la vida diaria tanto para una persona sana, como también para una mujer que sufre cáncer de mama, se verán afectadas estas variables relacionadas con su aspecto físico y psicológico.



CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

La presente investigación es de corte cualicuantitativo, tratándose de un estudio descriptivo, realizado con una muestra de 10 mujeres que fueron sometidas a mastectomía radical, con quienes se ha utilizado métodos e instrumentos válidos y confiables para investigaciones de este tipo, como entrevistas, fichas y escalas. Para el análisis de los datos se han recurrido a los programas SPSS (Versión 19) y ATLAS TI (Versión 6), los cuales proporcionan que la información este organizada y estructurada de forma sencilla pero eficaz.

3.1 Procedimiento

En primer lugar, se elaboró el estado del arte, a través de la búsqueda bibliográfica sobre el problema de investigación, en el cual se incluyen el desarrollo de varios elementos como: el marco teórico, la formulación de los objetivos, la elaboración y selección de los instrumentos de recolección de datos.

En segundo lugar, se obtuvo el permiso oportuno de la institución F.U.P.E.C (Familias Unidas por los Enfermos de Cáncer), institución en la cual se realizó la investigación, a través de la clasificación del grupo muestral de la base de datos de la institución, contactando por vía telefónica a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, para poder informarles acerca de la investigación e invitarlas a participar.

En función del cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión planteados en la investigación y con quienes aceptaban formar parte de la investigación, se programaba una cita establecida, en la cual se firmaba el consentimiento informado, garantizando siempre el anonimato y la confidencialidad necesaria para la investigación.

Así se procedió a la recolección de información que fue realizada por las investigadoras personalmente; según las citas establecidas, acordadas con cada mujer, primeramente se procedió con el encuadre de la cita, es decir, se realizó la



socialización, por parte de las investigadoras, se explicó los objetivos de la investigación, cómo se va a realizar y los instrumentos a aplicarse con sus objetivos, posteriormente se realizó el proceso de recolección de información y por último se hizo el cierre de la cita.

En el proceso de la recolección de información, se llenó la ficha sociodemográfica, con una duración de 15 minutos aproximadamente, en segundo lugar, se aplicaron las escalas de autoestima de Rosenberg, que tardó 15 minutos y de imagen corporal de Hopwood que igualmente duró 15 minutos, para finalmente realizar la entrevista semiestructurada garantizando la profundización en la obtención de la información en la que deseábamos trabajar, con una duración de aproximadamente de 45 minutos.

Todo esto se logró realizar en un tiempo entre 50 a 110 minutos, en una sola sesión por persona, proceso que implicó dos semanas, con horarios diferentes acoplados a la disponibilidad de las participantes, con el fin de optimizar tiempo debido a la dificultad que presentaban las mujeres, en cuanto al tratamiento que estaban cumpliendo en S.O.L.C.A y al lugar de procedencia, pues algunas mujeres pertenecen a otras provincias y lugares lejanos a la ciudad de Cuenca. Por tanto, debían viajar de regreso a sus hogares y no disponían de tiempo necesario para realizar la investigación en dos citas. Por otra parte, aquellas mujeres que vivían en Cuenca, que no podían movilizarse a las oficinas de F.U.P.E.C, se les visitó en sus hogares para realizar la investigación, pues había mujeres solas y otras se encontraban con su estado de salud indispuesto.

Recogida ya la información, esta fue codificada en una base de datos realizada por las investigadoras y analizados mediante el programa estadístico software SPSS (Versión 19) para el análisis cuantitativo de las escalas aplicadas, lo cual permitió establecer el grado de afectación de la imagen corporal y de la autoestima. También se realizó en análisis bivariado con los factores sociodemográficos y el resultado de las escalas, para determinar su relación o influencia en el autoconcepto. Y para el análisis cualitativo que se obtuvo de las entrevistas transcritas, se utilizó el software Atlas Ti (Versión 6), lo cual facilitó la sistematización y análisis de esta información.



3.2 Técnicas

Las técnicas de recolección de información que se utilizaron fueron la entrevista semiestructurada que se organizó en algunas dimensiones y temas. Como respaldo se utilizó una grabadora de audio, previo al consentimiento verbal de cada una de las informantes. Luego de cada entrevista se realizó la transcripción textual de la grabación, con el fin de no perder información que pudiera ser relevante para la investigación. También se creó un cuestionario sociodemográfico lo cual nos proporcionó información de la situación de cada paciente.

Previo a la aplicación de las escalas tanto de autoestima como de imagen corporal a la muestra de estudio, cabe recalcar que se realizó una validación en S.O.L.C.A y se contó con la participación de 10 pacientes con cáncer de mama, este procedimiento permitió conocer que estas escalas son factibles para la población de estudio

3.3 Población y contexto

La muestra es de tipo intencional, es decir, de las mujeres registradas en la base de datos de F.U.P.E.C (Familias Unidas por los Enfermos del Cáncer), entidad destinada al servicio de los enfermos de cáncer y a sus familias, creada en el año 2011 en la sala de espera del área de oncología del hospital Vicente Corral Moscoso, conformando por voluntarios que con su dedicación y tiempo han decidido ayudar a en las actividades que cumple F.U.P.E.C.

Consecuentemente, se efectuó la selección de la muestra, mujeres que han sido diagnosticadas de cáncer de mama con un mínimo de 6 meses y luego sometidas a una mastectomía, entre los meses de enero a junio del año 2014, quienes constituyeron la unidad de análisis de la investigación, basándose en los criterios de inclusión, que se incluyen a continuación:

- Pacientes que acepten formar parte de la investigación y que han firmado el debido consentimiento informado.
- Pacientes con cáncer de mama, Estadios I, II y III.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de 6 meses o más.
- Pacientes que se encuentran en tratamiento activo.
- Con mastectomía radical unilateral.



- Mayores de 18 años.
- Mujeres a quienes se les pudo haber realizado una mastectomía como tratamiento de primera elección.
- Tener una instrucción básica; es decir saber leer y escribir.
- Pacientes que no presenten enfermedades oncológicas anteriores.
- Pacientes sin trastornos psicológicos diagnosticados.
- Mujeres que no han sido sometidas a cirugía reconstructiva de la mama.

Y como criterios de exclusión se plantearon:

- Pacientes con deterioro de su estado de conciencia.
- Pacientes con 1 mes de diagnóstico o menos de 6 meses.
- Menores de edad.
- Pacientes con antecedentes oncológicos, al cáncer de mama.
- Pacientes con trastornos psicológicos diagnosticados.
- Pacientes con amputaciones previas en su cuerpo.
- Pacientes que no se encuentran recibiendo tratamiento en la actualidad.
- Pacientes en período de remisión.
- Pacientes con Cáncer de mama estadios IV.

Así fueron seleccionadas y entrevistadas 10 mujeres que acudieron a FUPEC en el periodo establecido y que reunían los criterios antes mencionados.

3.4 Métodos

En primera instancia se utilizó la metodología cualitativa, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, especialmente del comportamiento humano. En este caso, se ha buscado entender desde la visión de las pacientes (entrevista semiestructurada), si se han presentado cambios en el autoconcepto luego de una mastectomía y cuáles han sido estos cambios.

Por otra parte, en el análisis cuantitativo, se hizo mediante la aplicación de escalas de imagen corporal de Hopwood y de autoestima de Rosenberg, las cuales proporcionan datos específicos, es decir, cada una de ellas evalúa un constructo concreto del autoconcepto (imagen corporal y autoestima).



De esta forma, se pretende llegar a comprender como se encuentra formado el autoconcepto de mujeres mastectomizadas e identificar posibles factores de riesgo que pueden afectar este elemento de la personalidad. Con esta investigación se procura contar con datos de nuestro contexto ya que actualmente se carece de investigaciones sobre población oncológica y sus aspectos psicológicos en general.

3.5 Instrumentos

Se han aplicado diversos instrumentos con la finalidad de obtener la información planteada por los objetivos de la investigación

- Consentimiento Informado (Anexo III): En el cual se describen los objetivos de la investigación, el procedimiento, la confidencialidad, la libre aceptación y la firma de aceptación de los participantes, este permiso permitió realizar nuestra investigación en el grupo de muestra y proporciono un respaldo legal.
- Ficha Sociodemográfica (Anexo VIII): Elaborado por las investigadoras, consta de datos generales como la procedencia, estado civil, cuidador principal, nivel de estudios, etc, e información acerca de la enfermedad de las participantes, como años de enfermedad, antecedentes patológicos, familiares, pronóstico, etc. Fue validada en el instituto del cáncer S.O.L.C.A Cuenca, con el fin de tener una prueba clara y más confiable para la aplicación, además sirvió para el respectivo análisis cuantitativo.
- Escala de Imagen Corporal de Hopwood y Cols (BIS), 2001(Anexo V): El test ofrece evaluar el estado de la imagen corporal, con relación a cómo se siente la mujer con su apariencia y a los cambios que ha experimentado como resultado de la enfermedad y los tratamientos. Consta de 10 ítems, 5 formulados en sentido negativo y 5 en sentido positivo con formato de respuesta en escala Likert de cuatro alternativas, con un rango de 0 (nada) a 3 (mucho), presentando además una fiabilidad 0.93.

En estudios realizados con pacientes oncológicos, su validez queda demostrada con valores de consistencia interna entre 0.76 y 0.87 (Curbow & Somerfield, 1991). Con una puntuación máxima de 30 puntos, a mayor puntuación obtenida mayor problemática relacionada con la imagen corporal.



La escala mide áreas como grado de satisfacción con la apariencia vestida y desnuda, tanto consigo mismo como con los demás, la pérdida de la feminidad, sentimientos acerca del atractivo sexual, pérdida de la integridad corporal y grado de satisfacción con la cicatriz.

- Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), 1965 (Anexo VI): Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Consta de 10 ítems, la mitad de las preguntas están enunciadas positivamente y la otra mitad negativamente, puntúan de 1 (muy de acuerdo) a 4 (muy en desacuerdo) en una escala tipo Likert. Ha sido validada en la población española y presenta una fiabilidad y validez de 0.87 (Vázquez, Jiménez & Vázquez, 2004).

Su puntuación máxima es de 40 puntos, cuanta más puntuación se consiga, menos alterada se encuentra la autoestima. Posee además categorizaciones de 0 a 25 presenta una autoestima baja, de 26 a 29 presenta una autoestima normal y de 30 a 40 presenta una autoestima buena.

- Entrevista Semiestructura (Anexo VII): Elaborada por las investigadoras, basada en la literatura científica ya existente acerca del tema, con la cual se pretendió adquirir información a más de identificar pensamientos, actitudes, conductas de las pacientes mastectomizadas, de los posibles efectos de la misma y de los factores que pueden influir sobre el autoconcepto. Los principales temas a tratar en las entrevistas fueron: diagnóstico, mastectomía autoconcepto, que incluye autoestima y autoimagen, además de factores de riesgo y protección que estarán orientados hacia las siguientes dimensiones: cognitiva, afectiva, social y de relación.



CAPÍTULO 4

ANÁLISIS

Los resultados y discusiones que se derivan de esta investigación descriptiva en función de la literatura científica. Luego de realizada la recolección de información, los datos han sido procesados de tal forma que pudieran describirse tanto en un análisis cuantitativo, a través del programa SPSS (Versión 19), en el que se realizó la base de datos de la muestra. Por otro lado, se codificó la ficha sociodemográfica y se realizó un análisis bivariado relacionando las variables sociodemográficas con los resultados de las escalas de imagen corporal de Hopwood y de autoestima de Rosenberg, obteniendo como resultados cuadros y gráficos estadísticos.

Siguiendo con el análisis de los datos obtenidos, también se expone el análisis cualitativo mediante la sistematización de la entrevista realizada, a través del programa Atlas Ti (Versión 6), esta información contendrá los aspectos más relevantes acerca de cómo las mujeres de esta muestra viven la mastectomía, la enfermedad, y como ha afectado al autoconcepto, todo esto aportara material de suma utilidad.

4.1 Análisis Cuantitativo

El análisis cuantitativo se ha distribuido, en primera instancia abordando la presentación de las variables sociodemográficas que se obtuvo de la aplicación de la ficha diseñada (Anexo VIII), que posteriormente será útil para realizar un análisis bivariado, con los resultados obtenidos de las escalas de imagen corporal y autoestima, lo cual se ha desarrollado con la finalidad de determinar si hay o no influencia de estas variables sobre los elementos del autoconcepto.

4.1.1 Variables Sociodemográficas

Dentro de las variables sociodemográficas se destaca que la población estudiada estuvo conformada por 10 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. El tamaño de la muestra se debe a que desde Enero hasta Julio de 2014 dichas mujeres han acudido a F.U.P.E.C y cumplen con todos los criterios de inclusión, mencionados en el capítulo precedente.



Tabla N° 1

Variables Sociodemográficas

Muestra	Edad	Procedencia	Estado Civil	Hijos	Religión
1	53	Azuay	Divorciada	1	Católica
2	68	Azuay	Soltera	0	Católica
3	44	Azuay	Divorciada	3	Católica
4	57	Azuay	Casada	4	Católica
5	42	Cañar (Troncal)	Unión libre	5	Católica
6	58	El Oro (Machala)	Soltera	6	Católica
7	52	El Oro (Machala)	Casada	5	Católica
8	44	Guayas (Duran)	Soltera	1	Mormona
9	58	Azuay	Casada	2	Católica
10	82	Azuay	Viuda	4	Católica

Fuente: Marín y Torres, 2014.

Al describir los datos sociodemográficos se evidencia que la edad promedio de las mujeres es de 55 años; la mayor prevalencia de las participantes se encuentra en un rango de edad entre los 40 y 60 años que concuerda con la literatura científica, que identifica este periodo como el grupo de edad con mayor riesgo de padecer cáncer de mama, lo cual se ilustra en la Tabla N° 1. Los datos expuestos concuerdan con los estudios realizados, sobre el riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta a medida que la mujer envejece y, en la mayoría de los casos, la enfermedad se desarrolla en mujeres de más de 50 años (Die Trill, 2003).

Respecto al lugar de procedencia la mayor cantidad de mujeres (6 de 10 participantes), que han recibido un tratamiento de cirugía (mastectomía) reside en la provincia del Azuay, siendo este el lugar donde se centró la investigación; no obstante se han identificado pacientes de otros lugares, quienes acuden a Cuenca para recibir sus tratamientos en el Instituto de Lucha Contra el Cáncer SOLCA. En relación con la estructura familiar los resultados muestran que la participante con mayor número de hijos es de 6, la mitad de las mujeres tienen entre 0 a 3 hijos, respecto de la otra mitad que tienen entre 4 o más hijos.

En cuanto a la religión, 9 de las 10 mujeres investigadas indicaron profesar la fe Católica, tan solo una de estas mujeres profesa la religión mormona. Se demuestra en la Tabla N°1, que no existe un estado civil marcadamente representante o



dominante; al respecto del estado civil de las participantes, este se divide en cinco condiciones, distribuidos de la siguiente manera: 3 mujeres son casadas, 3 mujeres son solteras, 2 mujeres divorciadas, una mujer es viuda y la otra mujer se encuentra en unión libre.

Tabla N° 2
Variables Sociodemográficas

Muestra	Nivel de Estudios	Situación Laboral	Jefe hogar	Sueldo
1	Estudios Primarios	Jubilada	Paciente	\$340.00
2	Licenciatura	Incapacidad Laboral Permanente	Paciente	\$200.00
3	Estudios Primarios	Incapacidad Laboral Transitoria	Paciente	\$80.00
4	Estudios Primarios	Empleada	Esposo	\$340.00
5	Bachillerato Elemental	Incapacidad Laboral Transitoria	Conviviente	\$340.00
6	Bachillerato Elemental	Desempleada	Paciente	\$200.00
7	Estudios Primarios	Incapacidad Laboral Permanente	Esposo	\$300.00
8	Estudios Primarios	Incapacidad Laboral Permanente	Tía	\$50.00
9	Sin estudios	Incapacidad Laboral Permanente	Esposo	\$45.00
10	Estudios Primarios	Incapacidad Laboral Permanente	Paciente	\$50.00

Fuente: Marín y Torres, 2014.

Por otra parte, los datos expuestos en la Tabla N° 2, respecto al nivel de estudios de estas mujeres, 6 de 10 han cursado por estudios primarios, 2 manifiestan haber estudiado la secundaria, una mujer ha cursado estudios de tercer nivel, y tan solo una no ha recibido instrucción académica alguna, sin embargo, aprendió a leer y escribir.

Se visualiza en la misma tabla que la mitad de las mujeres (5 participantes), en cuanto a la situación laboral, se encuentran incapacitadas permanentemente, mientras que otras mujeres se encuentran con una incapacidad laboral transitoria (2 mujeres), debido a que necesitan seguir trabajando; tan solo una de estas mujeres tiene un empleo estable, es decir, que después de su recuperación ha sido reinsertada



en su lugar de trabajo que ocupaba anteriormente, otra participante es jubilada y la otra mujer está desempleada. En cuanto al rol familiar, quienes ejercen de jefe de hogar corresponde a la mitad de mujeres; por su parte, la otra mitad de las pacientes quienes se hacen cargo del hogar, las respuestas varían entre el esposo, el conviviente u otro familiar.

Continuando con la descripción de las condiciones socioeconómicas se observa que la mayoría de mujeres mastectomizadas (4), perciben una entrada financiera entre 300 a 340 dólares que corresponde a un salario mínimo vital proveniente de familiares, del bono del estado y de la paciente que trabaja; seguidas por mujeres con una entrada financiera entre 150 a 200 dólares (3), ayuda de la familia y finalmente, 6 mujeres de las 10, reciben una entrada financiera de menos de 80 dólares, ya que se encuentran solas, reciben dinero de familiares, amigos y bono de 50 dólares.

En este aspecto cabe recalcar que las pacientes en su mayoría reciben ayuda estatal para que su tratamiento sea gratuito; solo una paciente asume los gastos de su tratamiento que le significan alrededor de quinientos a mil dólares mensuales, a través de la ayuda en los gastos de la enfermedad. Como se indicó anteriormente hay pacientes que provienen de zonas cercanas a la provincia del Azuay, esto significa un coste adicional en cuanto a los gastos de viajes para trasladarse hasta la institución de salud S.O.L.C.A, el hospedaje, la comida, medicamentos, etc.

Tabla N° 3
Variables Sociodemográficos de la Enfermedad.

Muestra	Antecedentes G.	Tratamiento Coadyu	Pronóstico	Años de E.	Antecedentes Pato-familiares
1	Ninguno	Patillas	Favorable	Un año	Diabetes-hipertensión
2	Quistes en útero	QT	Favorable	Un año	Presión alta-
3	Ninguno	QT	Desfavorable	Un año	Diabetes-cáncer al hígado
4	Operación del útero	Pastillas	Favorable	6 meses	Ninguno
5	Ninguno	RT	Favorable	Un año	Ninguno
6	Ninguno	RT	Favorable	6 meses	Ninguno
7	Cesaría-problema ovarios	QT	Desfavorable	Dos años	Diabetes-presión alta
8	Cesaría	QT	Favorable	Un año	Diabetes-presión
9	Ninguno	Ninguno	No conoce	Un año	Problemas oído
10	Ninguno	Ningún	No conoce	6 meses	Ninguno

Fuente: Marín y Torres, 2014.

Respecto a los factores relacionados con la enfermedad, la mayoría de mujeres (6) nunca han presentado algún problema ginecobstétricos previo al diagnóstico de cáncer de mama; sin embargo, 4 mujeres de la muestra si han presentado problemas ginecobstétricos, como cesáreas, quistes u operaciones en el útero y problemas en los ovarios como se evidencia en la Tabla N° 3.

Por otra parte, en los antecedentes pato-familiares, se destaca que 5 mujeres han tenido familiares que han presentado diabetes y presión alta, 4 mujeres señalan no haber tenido en su familia ningún tipo de antecedentes patológicos y una mujer indicó que han existido problemas del oído en sus familiares. Es importante recalcar que en ningún caso se han presentado antecedentes de cáncer en la familia.

Los resultados indican en la misma tabla que 6 de 10 mujeres tiene un pronóstico favorable, según lo que el médico les ha indicado a partir de análisis de exámenes y el avance del tratamiento. Tan solo dos de las pacientes dicen tener un diagnóstico desfavorable y dos de ellas desconocen el pronóstico de su enfermedad, lo que podría causar gran temor e incertidumbre en está participante. También se visualiza en la Tabla N°3 que 4 de las 10 mujeres han recibido tratamiento de quimioterapia, a 2 mujeres se les ha prescrito tratamiento con pastillas y a 2 mujeres se le ha aplicado



tratamiento con radioterapia, estos tratamientos han sido coadyuvantes a la mastectomía.

Finalmente, es menester señalar que tan solo dos de ellas no han recibido ningún tratamiento adicional a la mastectomía, debido a la reciente operación y esperan los resultados de los análisis realizados para determinar el tratamiento posterior a la mastectomía. En cuanto a los años de enfermedad, las pacientes tras recibir el diagnóstico de cáncer de mama, 3 participantes presentan la enfermedad hace 6 meses, 6 de las 10 mujeres presentan un año de enfermedad, y tan solo una de estas mujeres presenta cáncer de mama hace 2 años.

4.1.2 Elementos que conforman el Autoconcepto

Como ya se presentó en el Capítulo 2, en la descripción teórica sobre el autoconcepto este se encuentra conformado por dos elementos la autoestima e imagen corporal. A continuación se da a conocer el grado de afección del autoconcepto, a partir de la aplicación de las escalas de imagen corporal de Hopwood y de autoestima de Rosenberg. De acuerdo con estos instrumentos se presentan los resultados siguientes.

4.1.2.1 Análisis de la Imagen Corporal

Tras la aplicación de la escala de imagen corporal de Hopwood, en este estudio se reportó una consistencia interna de 0,882, (Alpha de Cronbach), lo cual indica que existe una fiabilidad significativa en las respuestas.



Tabla N° 4
Puntaje de la Escala de Imagen Corporal.

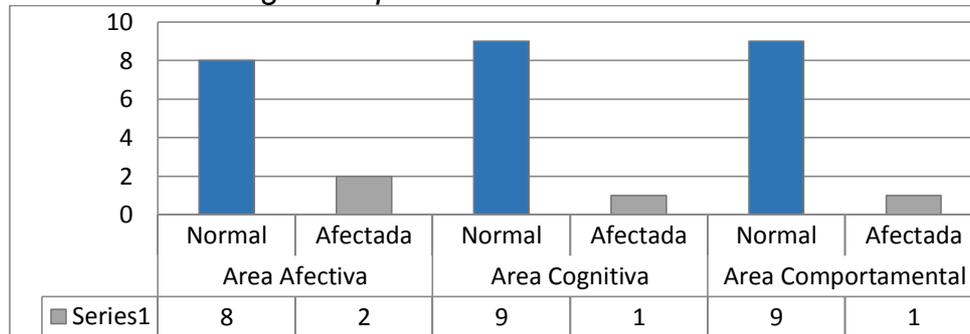
Imagen Corporal	
Puntaje Obtenido	Frecuencia
0	1
1	1
5	2
6	2
7	1
12	1
16	1
18	1
Total	10

Imagen Corporal Normal: mayor a 15
Imagen Corporal Alterada: menor a 15.

Fuente: Marín y Torres, 2014.

En las puntuaciones alcanzadas se observa un mínimo de valor 0 lo que indica que no hay alteración en la imagen corporal y un máximo de 18 lo que indica que si hay alteración en la imagen corporal, con una media de 7,60, la misma que se encuentra muy por debajo de la media esperada que es de 15 aproximadamente; es decir que la imagen corporal no se encuentra alterada, ya que el punto de corte o puntaje máximo es de 30, lo cual significa que a mayor puntuación obtenida, mayor es la alteración en la imagen corporal. Según lo expuesto la imagen corporal estaría alterada en tan solo 2 mujeres.

Gráfico N° 1
Áreas Afectadas en la Imagen Corporal



Fuente: Marín y Torres, 2014.

Como se puede observar existe un nivel bajo de alteración en la imagen corporal a nivel general, la mayoría de participantes tienen una imagen corporal normal de acuerdo con los resultados obtenidos mediante la escala de Imagen corporal de Hopwood. Luego del análisis de los resultados de la imagen corporal se ha identificado que el área afectiva que engloba al atractivo físico y la satisfacción con el cuerpo, es la más afectada (Gráfico N° 1).

4.1.2.2 Análisis de la Autoestima

Respecto a los resultados obtenidos, en la escala de autoestima de Rosenberg se reportó una consistencia interna de 0,849 (Alpha de Cronbach), es decir, existe una fiabilidad aceptable en las respuestas obtenidas.

Tabla N° 5
Puntuación del Autoestima

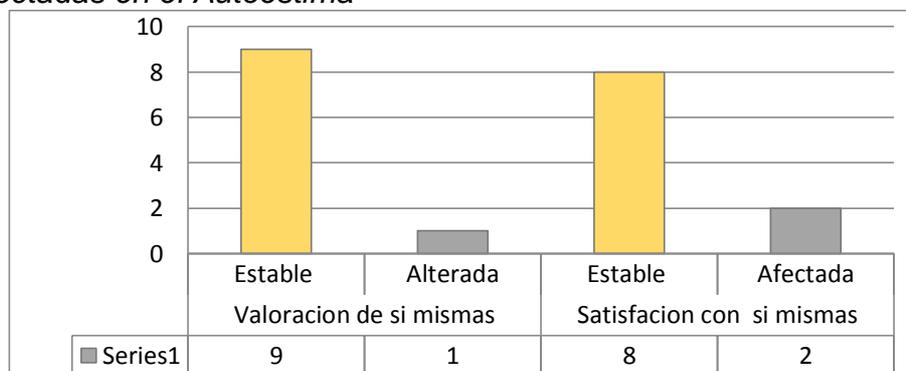
Autoestima	
Puntaje Obtenido	Frecuencia
17	1
21	1
28	2
30	1
31	2
33	1
34	1
35	1
Total	10

Autoestima Baja: menos de 25 puntos.
Autoestima Media: de 26 a 29 puntos.
Autoestima Elevada: de 30 a 40 puntos

Fuente: Marín y Torres, 2014.

Como se observa en la Tabla N° 5, el valor mínimo obtenido por las participantes es de 17, lo que significa una alteración en la autoestima y una puntuación máxima de 35 es decir menos alteración en la autoestima, con un corte mínimo de 10 y un máximo de 40, lo cual indica que a más alta puntuación, la autoestima se encuentra menos alterada. Por otra parte, la media es de 28,3 por encima de la media, lo cual indica una autoestima media en la muestra de este estudio. Según los resultados expuestos 2 mujeres tendrían la autoestima baja, otras 2 tendrían la autoestima media y las mujeres restantes presentan una autoestima alta.

Gráfico N° 2
Áreas Afectadas en el Autoestima



Fuente: Marín y Torres, 2014.

Se encontró que en dos mujeres existe una autoestima baja, en quienes las áreas más afectada, respecto a este componente, es la satisfacción con sí mismas (Gráfico N° 2), lo cual se evidencia en puntuaciones bajas en los ítems referidos a la manera de sentirse las mujeres, es decir, inútiles, fracasadas, insatisfechas y al carecer de respeto hacia sí mismas.

4.2 Análisis Bivariado

En este apartado se presenta la relación entre variables sociodemográfico, entre las que se encuentran la edad, jefe de hogar, estado civil, situación laboral, entrada financiera, nivel de estudios, antecedentes ginecobstétricos, tratamientos recibidos y los resultados de las escalas de imagen corporal y autoestima, para establecer hipótesis sobre posibles factores que pudiesen incidir sobre el autoconcepto.

Tabla N° 6
Relación entre la Edad e Imagen Corporal

Edad	Imagen Normal		Imagen Alterada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Adulthood Media	6	60%	2	20%	8	80%
Adulthood Late	2	20%	0	0%	2	20%
Total	8	80%	2	20%	10	100%

Fuente: Marín y Torres, 2014.

Como se indica en la Tabla N° 6, de las mujeres mastectomizadas que participaron en este estudio, quienes presentan una imagen corporal alterada son más jóvenes y están en un rango de edad de 42 y 44 años. Esto se podría suponer que, cuanto menos edad tiene la mujer hay mayor valoración del aspecto físico, es decir, se encontrará menos conforme con su cuerpo debido a la presión social que demanda un cuerpo perfecto (Sanchez. & Rossano, 2012).

Estos datos concuerdan con un estudio que en relación con la imagen corporal, se ha observado que una menor edad correlaciona con una peor imagen corporal por una menor satisfacción con la apariencia (Yurek, Farrar. & Andersen, 2000).

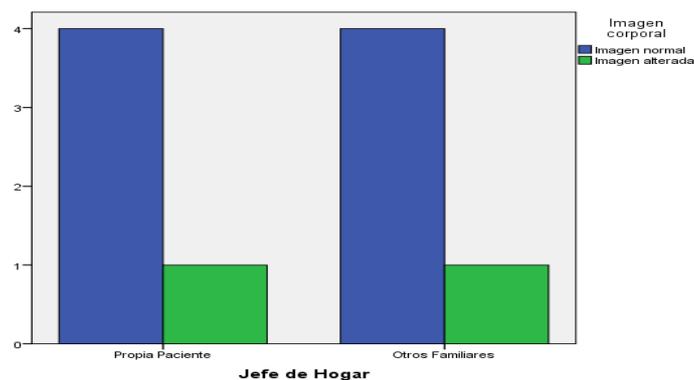
Tabla N° 7
Relación, entre la Edad y Autoestima

Edad	Autoestima Baja		Autoestima Normal		Autoestimas Elevadas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Adulthood Media	1	50%	2	100%	5	50	8	80%
Adulthood Late	1	50%	0	0%	1	10	2	20%
Total	2	100%	2	20%	6	60	10	100%

Fuente: Marín y Torres, 2014.

En la Tabla N° 7 se muestra que la mayoría de mujeres (6 de 10), presentan una autoestima elevada, principalmente aquellas que se encuentran en la adultez media (40-60 años), en cambio, 2 participantes independientemente de la edad, presentan una autoestima baja, lo cual se podría interpretar que la edad no influye para una autoestima baja en estas mujeres.

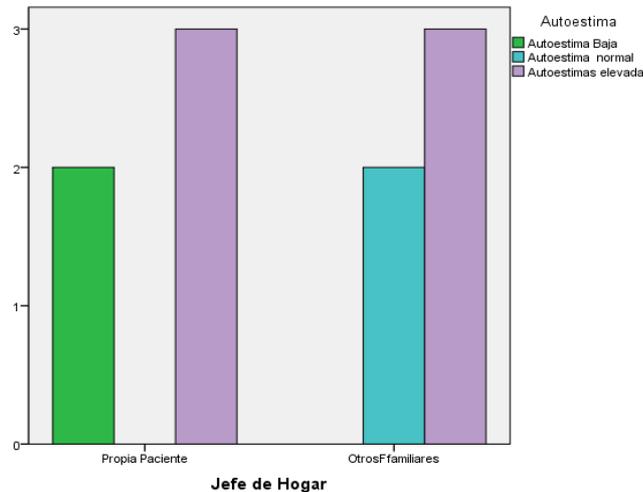
Gráfico N° 3
Relación, Jefe de Hogar e Imagen corporal



Fuente: Marín y Torres, 2014.

Los resultados indican en el Gráfico N° 3 que 8 mujeres no presentan una imagen corporal alterada, tan solo 2 mujeres de este estudio presentan una alteración en su imagen corporal a pesar de que asuman o no el rol de jefas de hogar, lo cual indica no haber una influencia de esta variable sobre la imagen corporal en esta muestra de estudio.

Gráfico N° 4
Relación, Jefe de Hogar y Autoestima



Fuente: Marín y Torres, 2014.

Se muestra en el Grafico N° 4 que existen 2 mujeres que son jefas de hogar, quienes tienen la autoestima alterada, en cambio, las mujeres quienes tienen otros familiares que se hacen cargo del hogar presentan una autoestima entre normal a elevada, por lo que se pensaría que al no tener un apoyo familiar podría mediar negativamente en la autoestima de esta muestra investigada.

En cuanto a este factor sociodemográfico, Priscila Andrea Narváez Pinochet, en el año 2004, en Valdivia -Chile, realizó un estudio sobre: “Experiencia de mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mama, en el Hospital Clínico Regional de Valdivia” en el cual concluyó que el impacto en la familia se vive con mayor fuerza cuando las mujeres son jefas de hogar, ya que el cáncer y sus tratamientos significan para ellas la pérdida de la estabilidad emocional, por tanto, se ve afectado su autoconcepto.

Tabla N° 8
Relación, Estado Civil e Imagen corporal

Estado Civil	Imagen Normal		Imagen Alterada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin Pareja	4	50%	0	0%	4	40%
Con Pareja	4	50%	2	100 %	6	60%
Total	8	100 %	2	100%	10	100%

Fuente: Marín y Torres, 2014.

En el Tabla N° 8 se evidencia que la mayoría de mujeres (8 de 10) presentan una imagen corporal normal, en cambio, aquellas que tienen la imagen corporal alterada son dos participantes, quienes cuentan con pareja, lo anteriormente expuesto permitiría hipotetizar una influencia de esta variable para que la imagen corporal se vea alterada, lo cual podría deberse a que se sienten avergonzadas, incómodas sexualmente ante su pareja, por miedo al rechazo.

Tabla N° 9
Relación, Estado Civil y Autoestima

Estado Civil	Autoestima Baja		Autoestima Normal		Autoestima Elevada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin pareja	1	10%	0	%	3	30%	8	80%
Con pareja	1	10%	2	20%	3	30%	2	20%
Total	2	20%	2	20%	6	60%	10	100 %

Fuente: Marín y Torres, 2014.

Se expone en la Tabla N° 9 que la mayoría de mujeres participantes manifiestan una autoestima elevada, distribuido equitativamente entre quienes tienen y no tienen pareja, a diferencia de aquellas que poseen una autoestima normal quienes tienen pareja. También se observa que independientemente del estado civil, hay dos mujeres



que tienen la autoestima baja, concluyendo que el estado civil no influye en la autoestima de estas mujeres estudiadas.

En cuanto a la variable del estado civil, un estudio sobre la influencia de estar en pareja al momento de afrontar el cáncer de mama y la mastectomía, afirma que el apoyo de la pareja es uno de los aspectos de mayor incidencia en la calidad de vida relacionada a la salud, siendo la calidad de la relación de la pareja lo que influye en la calidad de vida positivamente (Shapiro, López, Schwartz, Bootzin, Figueredo, Braden, 2001). Es decir, que de alguna manera el sentirse bien y tener una buena calidad de vida, influye en la manera cómo se percibe y se siente la persona, lo cual viene medido por la calidad de relación de la persona.

Tabla N° 10
Relación, Situación Laboral e Imagen Corporal

Situación Laboral	Imagen Corporal Normal		Imagen Corporal Alterada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Empleadas	1	10%	0	0 %	1	80%
Desempleadas	7	70%	2	20%	9	20%
Total	8	80%	2	20%	10	100%

Fuente: Marín y Torres, 2014.

La mayoría de mujeres (9 de 10), se encuentran en una situación laboral de desempleo, tan solo una mujer tiene un empleo estable. Esta participante además presenta una imagen corporal normal. Por otra parte, dos mujeres que se encuentran desempleadas en quienes presentan una imagen corporal alterada; es decir se podría plantear que existe influencia de esta variable en la imagen corporal alterada en el grupo participante.



Tabla N° 11
Relación, Situación Laboral y Autoestima

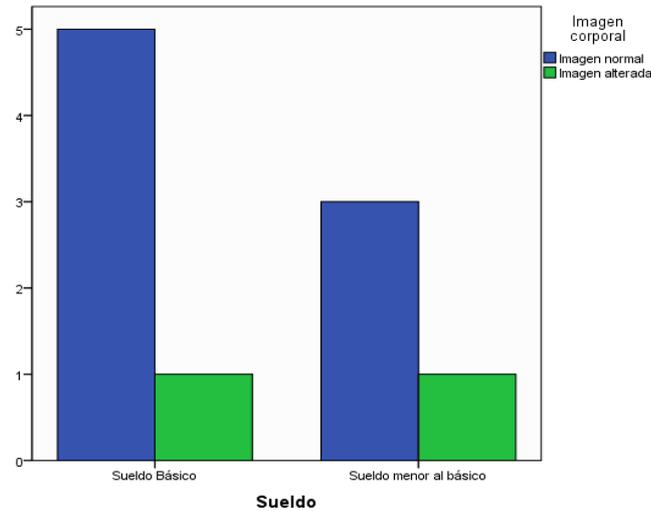
Situación Laboral	Autoestima Baja		Autoestima Normal		Autoestimas Elevada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Empleadas	0	0%	0	%	1	10	1	10%
Desempleadas	2	20%	2	20%	5	50	9	90%
Total	2	20%	2	20%	6	60%	10	100%

Fuente: Marín y Torres, 2014.

En cuanto a la situación laboral en relación con la autoestima, se observa en el Tabla N° 11 que la mayoría de mujeres (6 de 10), presentan una autoestima elevada, independientemente de tener o no un empleo. Dos mujeres que son desempleadas tienen una autoestima normal y además hay 2 mujeres que también son desempleadas que poseen la autoestima baja, lo cual lleva a suponer la situación laboral podría influir de manera negativa en esta muestra de estudio, debido a la incapacidad de estas mujeres de ser fuente productiva en el hogar, según lo indicado en la entrevista semiestructurada, cuyos resultados se expondrán más adelante.

Al respecto en una investigación realizada en el Hospital de México con mujeres mastectomizadas y ostomizadas, se concluyó que la pérdida de trabajo y la desocupación afecta emocionalmente en cuanto a su imagen y socialmente en cuanto a la autoestima de estas mujeres, debido a que su estilo de vida ha cambiado (González &González, 1995).

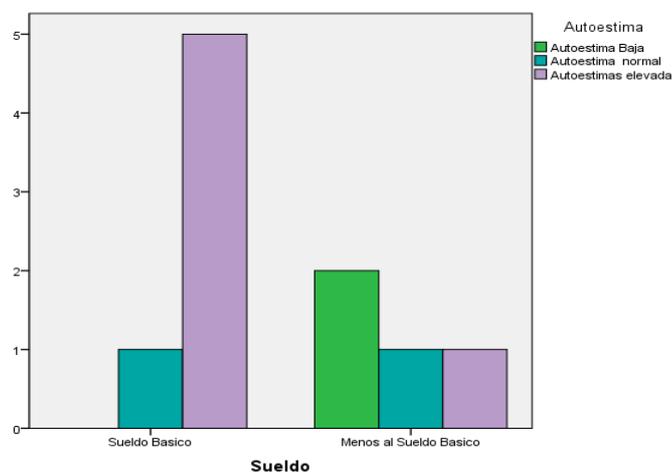
Gráfico N° 5
Relación entre Sueldo e Imagen Corporal



Fuente: Marín y Torres, 2014.

En el Gráfico N° 5 se observa que, independientemente del ingreso económico, las mujeres mastectomizadas en su mayoría (8 de 10) tienen la imagen corporal normal. A pesar de lo mencionado, dos mujeres tienen una imagen corporal alterada, una percibe un sueldo básico y la otra mujer tiene un ingreso inferior al salario mínimo vital. Los datos expuestos indican que la entrada financiera no influye en esta muestra de estudio, sobre su imagen corporal.

Gráfico N° 6
Relación entre Sueldo y Autoestima



Fuente: Marín y Torres, 2014.



La entrada financiera de la mayoría de mujeres (6 de 10) es mayor a 200 dólares lo que no afecta su autoestima pues presentan una autoestima entre elevada y normal. Por otra parte, aquellas mujeres (2) que tienen una entrada financiera inferior al sueldo básico, presentan la autoestima baja, lo cual indica que un salario inferior al básico vital podría influir en la autoestima de estas mujeres de forma negativa, pues debido a esta variable las participantes requieren trabajar y además son mujeres responsables directas de su hogar (se describió en el apartado sobre las variables sociodemográficas).

Tabla N° 12
Relación entre el Nivel de Estudio e Imagen Corporal

Nivel de Estudios	Imagen Normal		Imagen Alterada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estudios Primarios	6	60%	1	10%	7	70%
Estudios Secundarios	2	20%	1	10%	3	30%
Total	8	80%	2	20%	10	100%

Fuente: Marín y Torres, 2014.

Según la Tabla N° 12 en la cual se expone que existen 8 mujeres que tienen la imagen corporal normal y 2 que presentan una imagen corporal alterada. Estas participantes presentan una alteración en la imagen corporal independientemente de su nivel de estudios, lo cual significa que no existe una influencia de esta variable en la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas de este estudio.

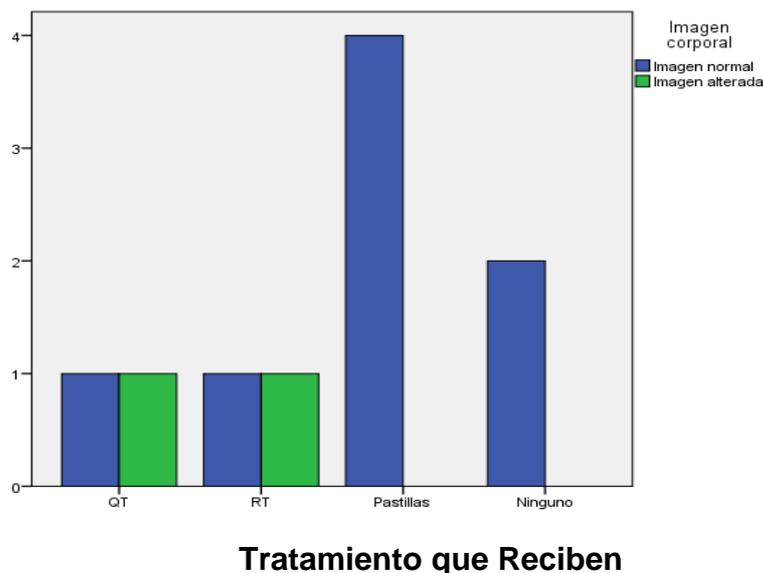
Tabla N° 13
Relación entre el Nivel de Estudio y Autoestima

Nivel de estudios	Autoestima Baja		Autoestima Normal		Autoestima Elevada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Estudios Primarios	2	20%	2	20%	3	10	7	10%
Estudios Secundarios	0	0%	0	0%	3	50	3	90%
Total	2	20%	2	20%	6	60	10	100
						%		%

Fuente: Marín y Torres, 2014.

La Tabla N° 13 relativa al nivel de estudios en relación con la autoestima, demuestra que la mayoría de mujeres, independientemente, de su nivel de instrucción presentan una autoestima elevada; sin embargo, las mujeres que presentan autoestima normal (2) y baja (2), son aquellas que han cursado únicamente los estudios primarios. En función a lo expuesto podría estimarse que la variable nivel de estudios si podría influir de manera negativa, en la autoestima de la muestra de estudio.

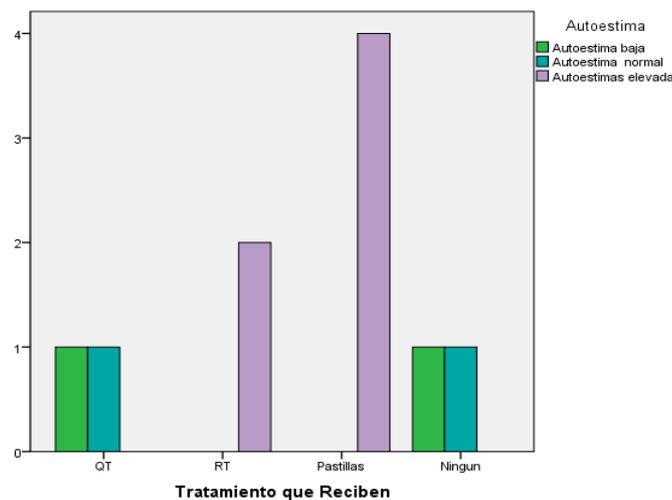
Gráfico N° 7
Relación entre el Tipo de Tratamiento e Imagen Corporal



Fuente: Marín y Torres, 2014.

Según el tratamiento recibido a quienes se les ha prescrito terapia coadyuvante con radioterapia y quimioterapia, presentan una imagen corporal alterada, lo que puede deberse a que los efectos secundarios de estos tratamientos también pueden alterar la imagen corporal; a diferencia de aquellas mujeres que no están recibiendo tratamiento coadyuvante por el momento o su tratamiento consiste en pastillas, que presentan una imagen corporal normal.

Gráfico N° 8
Relación entre el Tipo de Tratamiento y Autoestima



Fuente: Marín y Torres, 2014.

Por su parte en el Gráfico N° 8, al relacionar la autoestima con los tres tratamientos recibidos por las mujeres del grupo de estudio, se identifica que existen 2 mujeres con la autoestima alterada, haya o no recibido tratamiento coadyuvante con quimioterapia, radioterapia o pastillas, por lo que se podría concluir que el tipo de tratamiento posterior a la mastectomía no influye en la autoestima, en función de la muestra estudiada.

Tabla N° 14
Relación, Antecedentes Ginecobstétricos e Imagen Corporal

Antecedentes Ginecobstétricos	Imagen Normal		Imagen Alterada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si han presentado	4	40%	0	0 %	4	40%
No han presentado	4	40%	2	20%	6	80%
Total	8	80%	2	20%	10	100%

Fuente: Marín y Torres, 2014.

Se demuestra en la Tabla N° 14, que 6 mujeres no han presentado ningún problema ginecobstétricos anterior al cáncer de mama, de las cuales dos mujeres presentan una imagen corporal alterada, a comparación a las 4 mujeres que si han presentado antecedentes ginecobstétricos y no presentan alteración en la imagen corporal. En conclusión, existiría una influencia sobre la imagen corporal al no haber tenido ningún problema ginecobstétricos.

Tabla N° 15
Relación, Antecedentes Ginecobstétricos y Autoestima

Antecedentes Ginecobstétricos	Autoestim a Baja		Autoestim a Normal		Autoestima Elevada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si han presentado	0	0%	1	10 %	3	30%	1	10%
No han presentado	2	20%	1	20%	3	30%	9	90%
Total	2	20%	2	20%	6	60%	10	100%

Fuente: Marín y Torres, 2014.

Por otra parte, aquellas mujeres que no han presentado ningún problema ginecobstétrico anterior al cáncer de mama (4 de 10) presentan una autoestima elevada y autoestima normal, en comparación con 2 mujeres que de igual forma no han presentado problemas ginecobstétricos presentan una autoestima baja, lo cual



implicaría un mayor impacto en la autoestima de las mujeres participantes en este estudio, lo que conduce a hipotetizar que de alguna manera tener antecedentes ginecobstétricos protegen a la mujer de un mayor impacto ante la mastectomía, pues las experiencias previas podrían fomentar estrategias de afrontamiento activo, que favorecerían una mayor adaptación a la mastectomía.

Con referencia a lo anterior, de acuerdo con investigaciones realizadas por Sebastián, Manos, Bueno & Mateos, sobre el tema, en cuanto a los tratamientos se dice que hay un impacto importante en el autoconcepto por los efectos secundarios de las terapias para el cáncer de mama (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.), los cuales producen alteraciones corporales significativas, como por ejemplo: alopecia, caquexia, fiebre, dolor, sangrado, pérdida de un miembro del cuerpo, cambio en el color de la piel, entre otras. Estos efectos secundarios, a su vez, pueden generar, como ya se mencionó, alteraciones psicológicas de distintos tipos entre las cuales se encuentran la depresión, respuestas de ansiedad anticipatoria a algún tratamiento y miedo a la enfermedad, impacto emocional ante la alteración de la imagen corporal y sobre la autoestima, decremento del atractivo y miedo a la recurrencia (2007).

Es decir, los tratamientos de cualquier tipo para el cáncer de mama, pueden generar alteraciones tanto físicas como psicológicas, que pudieran influir sobre el autoconcepto de estas mujeres, es por este motivo que la investigación se centra en la cirugía como un tratamiento que individualmente, puede ocasionar cambios en el autoconcepto de la mujer, afectándola en su esfera física y psicológica.

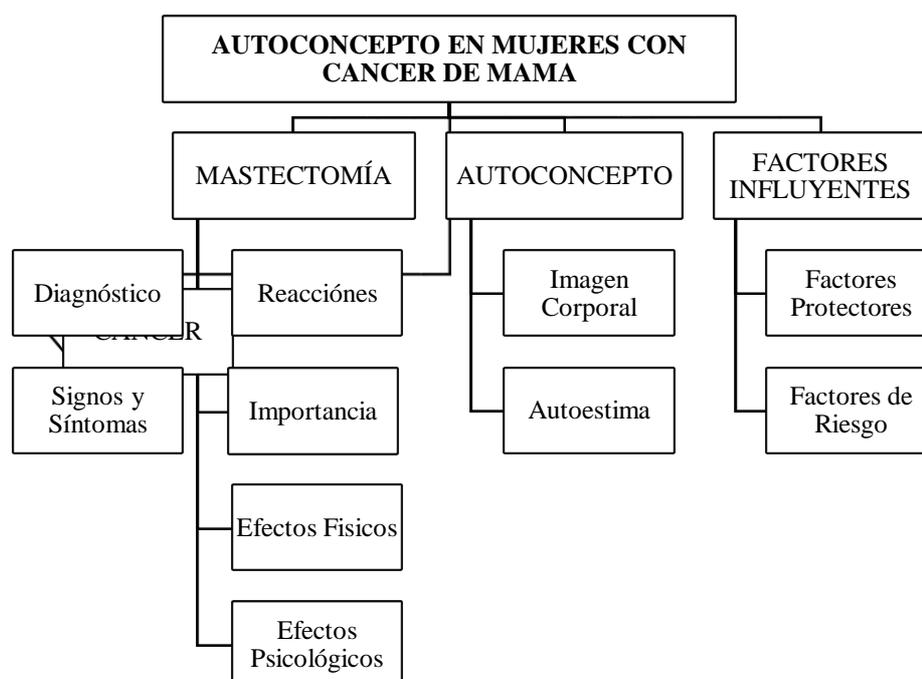
4.3 Análisis Cualitativo

El análisis cualitativo se realizó mediante el aporte científico del programa Atlas Ti (Versión 6), del cual se obtuvo el esquema de entrevista que se observa en la Figura N° 1, que está organizado por temas y subtemas tratados en las entrevistas, de tal forma que se distribuyen de la siguiente manera, para un mayor orden en la exposición de resultados:

- **Cáncer:** Como subtemas se abordan el diagnóstico, los signos y síntomas del mismo.
- **Mastectomía:** Contendrá los subtemas de reacción, importancia, efectos físicos y psicológicos.
- **Autoconcepto:** Se tratarán los elementos que lo componen (autoestima e imagen corporal).
- **Factores Influyentes:** Integrado y diferenciado entre factores riesgo y factores de protección.

Figura N°1

Resumen de Entrevista en el Programa Atlas Ti (Versión 6)



Fuente: Marín y Torres, 2014.



4.3.1 Cáncer

Mundialmente se estima que cada año un total aproximado de un 1.1 millones de mujeres son diagnosticadas de cáncer de mama, lo que representa un 10 % del total de nuevos diagnósticos de cáncer a nivel general (Breast Health Global Initiative, 2006). Estos datos demuestran cómo cada vez millones de mujeres corren el riesgo de contraer esta enfermedad, considerada además como una de las nosologías de difícil detección temprana; pues los síntomas no se presentan sino hasta después de transcurrido un tiempo. Su forma de aparición suele ser de manera aguda y tienden a cronificarse, sin importar la edad, ni condición, esta información se correlaciona con lo indicado en las entrevistas realizadas en esta investigación a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

4.3.1.1 Diagnóstico de Cáncer

El diagnóstico de cáncer se concibe, como uno de los momentos donde las pacientes manifiestan haber sentido mayor miedo, tristeza, ansiedad, inseguridad, culpa, entre otras manifestaciones emocionales; pues como comentan, tuvieron que esperar un periodo de tiempo entre una semana a más, donde se les realizó varios exámenes; para la muestra de estudio, este lapso de tiempo es considerado “largo”, ya que existe la necesidad de saber de manera inmediata los resultados de los análisis y el diagnóstico de los médicos.

Con referencia al diagnóstico; a excepción de una paciente, todas las demás concuerdan que los médicos emplearon estrategias de comunicación adecuadas para dar las malas noticias; en estos casos, el personal sanitario explicó de manera “sencilla y delicada” la condición que padecían estas mujeres, lo cual les motivó a seguir con el tratamiento, pues les ofrecían alternativas de tratamiento (quimioterapia, radioterapia), ante el posible riesgo de la propia vida. Una de las pacientes afirma que no comprendió muy bien su condición, lo que provocó temor e incertidumbre al no saber que le podía esperar de esta enfermedad. Otra de las mujeres entrevistadas hace referencia a la “crueldad” por parte del médico tratante pues refiere “*Me dijeron que en 8 meses me iba a morir*” (Entrevista N°3, Septiembre, 2014), lo cual provocó angustia y miedo ante su posible muerte, según indicó la paciente.



En este sentido, la noticia de padecer cáncer resulta impactante para la persona que la recibe, se ha podido constatar esta afirmación en todas las entrevistas realizadas, además se han encontrado como reacciones primarias en las pacientes: estado de shock⁹, sorpresa, pensamientos negativos (me voy a morir, no tengo salvación), y angustia (desesperación). Por otro lado, la mayoría de mujeres de la muestra, dicen haber asociado la palabra “cáncer” con la muerte lo cual genero mayor temor, este pensamiento es considerado un estigma que normalmente se da por el desconocimiento de la enfermedad (Gil, 2012).

En general, aproximadamente todas las pacientes vivieron estado shock, negación y luego aceptación, lo cual se relaciona con las fases de adaptación que en el libro de Holland JC, Goen-Piels J, titulado *Principles of psycho-oncology* (2000) se mencionan:

- La Fase I: Constituye la respuesta inicial, consta de incredulidad, negación y conmoción por la veracidad de la noticia, además pueden sentirse aturdidos o en estado de shock. Como ya se mencionó, casi en todas las entrevistadas se muestran estas manifestaciones como reactivas al diagnóstico.
- La Fase II: Caracterizada por disforia, consta de un período variable de tiempo (habitualmente se prolonga entre 1 y 2 semanas) durante el cual el paciente acepta lentamente la realidad del diagnóstico. Pueden sentir un grado considerable de sufrimiento en forma de depresión, ansiedad, insomnio, falta de concentración y varios grados de incapacidad para funcionar en sus actividades cotidianas. Todas las pacientes del estudio describieron esta fase como “dura y triste” ya que en las primeras semanas representan mayor dificultad para “sobreponerse”, pues en la mayoría de los casos, antes de recibir el diagnóstico de cáncer, gozaban de un buen estado de salud y no sentía molestia alguna. Y de repente, se encuentra padeciendo una enfermedad potencialmente mortal.

⁹ El estado de shock se considera aquel estado en que una persona se encuentra tras vivir un suceso vital traumático. Los síntomas muestran una gran variación, pero suelen incluir un estado inicial de “embotamiento” con reducción de la conciencia, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación (Actualpsico, 2014).



- La Fase III: Implica la adaptación a largo plazo, consta de un período prolongado (semanas o meses) durante el cual aparece una adaptación más duradera y permanente. Las 10 pacientes afirman que el tiempo de adaptación fue alrededor de un mes aproximadamente.

4.3.1.2 Signos y Síntomas del Cáncer

En cuanto a este aspecto, las pacientes informan que no tuvieron ninguna dolencia grave que se le pueda asociar directamente antes de su diagnóstico de cáncer de mama. Una de las pacientes describe su historia, en la cual explica la razón por la que fue al médico *“Yo me examinaba, nunca encontré ninguna señal que pueda tener ninguna cosa, hasta que un día sentí una molestia y aparece en mi seno una masa grande muy grande, que parecía una media naranja, traté de tomarlo con mucha paz y fui al médico que me confirmó que tenía cáncer”* (Entrevista N°2, Septiembre, 2014). Con esta narración la paciente indica que, aunque no hubo más síntomas que una simple molestia, le permitió descubrir el tumor mediante la autoexploración y acudir al médico de manera inmediata.

Como se aprecia, no existen señales claras que indicasen un riesgo o antecedentes para contraer cáncer, no obstante, los signos del cáncer de mama son muy notables una vez que se ha desarrollado la enfermedad. En este sentido, del total de la muestra cuatro participantes descubrieron el tumor “bolita” en el seno, otra participante afirmó que padecía lumbalgias, dos identificaron la punta del seno de un color naranja, otra encontró manchas de sangre en su pezón, una participante señaló que sintió el seno endurecido y una afirma que no hubo ningún síntoma excepto por la intensificación de dolores de cabeza. Esta sintomatología expuesta por las participantes concuerda con la postura de la American Cancer Society que hacen una descripción de los posibles síntomas de cáncer de mama (ver capítulo 1).

4.3.2 Mastectomía

Como menciona la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la mastectomía, la quimioterapia y la radioterapia pueden tener consecuencias secundarias indeseadas como: cicatrices, pérdida de la mama, pérdida del cabello,



alteraciones en la piel, aumento o disminución de peso. Algunos cambios serán temporales y desaparecerán tras los tratamientos, como la alopecia, mientras otros serán permanentes como por ejemplo la cicatriz. En este sentido, todas las pacientes afirman haber tenido la mayoría de los síntomas mencionados, resaltan además la pérdida de cabello y de la mama como una de las más “tristes”, pues son los caracteres que representan para ellas, su feminidad.

4.3.2.1 Reacción ante la noticia de Mastectomía

La notificación de la mastectomía, como terapia oncológica, fue dada después de muchos exámenes (sangre, escáner de imagen por resonancia magnética, mamografía, etc.) incluida la biopsia en la que todas las participantes del estudio la calificaron como una “experiencia dolorosa”, pues se le extrae a la paciente una parte pequeña de tejido. Por otro lado, conforme se fueron informando (internet, folletos y por charlas del personal sanitario) sobre el cáncer de mama y sus posibles consecuencias, la mayoría de mujeres dicen haber estado orientadas sobre el cáncer de mama (5 de las diez pacientes).

De acuerdo con la información proporcionada por las participantes, la prescripción de la mastectomía en sí, no representa una noticia tan impactante como la que recibieron en un principio cuando se les diagnosticó el cáncer; aunque la mutilación de una parte de su cuerpo fue una experiencia dolorosa y constituye un evento estresante, a la vez implica una alternativa para seguir viviendo; es decir, la mayoría de la muestra indica que en su escala de valores prima mantener la vida, sobre la estética.

En un principio ante la noticia de la cirugía (mastectomía), la mitad de las pacientes tuvieron pensamientos de muerte, manifestaron síntomas depresivos y se negaron a realizarse la cirugía, ya que consideraban que su seno representaba su feminidad según afirman las entrevistadas. Señalan además, las pacientes que aceptaron la intervención quirúrgica debido a que no tenían más opciones para el tratamiento de cáncer; asimismo, los médicos les informaron que el cáncer podía expandirse al resto del cuerpo, lo cual provocó temor ante su posible muerte. La otra mitad de



participantes refieren que en un inicio aceptaron la noticia de una mastectomía considerándola como “un mal necesario”, pues está acompañada de la creencia de que se eliminará el cáncer desde la raíz y así su salud mejoraría (racionalización) según afirman las pacientes.

Es preciso señalar que, mientras el primer grupo tuvo más problemas para adaptarse a la noticia de mastectomía debido a la actitud negativa hacia este tratamiento. La extirpación de la mama representaba un cambio drástico en su vida, afectando en primer lugar a su familia ya que estas mujeres son las que cuidan de su hogar y no reciben gran apoyo por parte de otras personas, por tanto, debían dejar su trabajo para someterse a este tratamiento y centrarse en su recuperación.

El segundo grupo lo aceptó más rápido debido a su actitud positiva, es decir, demuestran una esperanza de recuperación, están convencidas de que pueden realizarse la mastectomía, tener confianza en sí mismas y que todo será para su mejoría, además indican mayor capacidad de resiliencia, pues estas mujeres han atravesado por hechos traumáticos previos a este evento nuevo en su vida que es la mastectomía, a comparación de aquellas que tuvieron más problemas al adaptarse (pérdida de un familiar, operaciones, accidentes, saber sobrellevar situaciones difíciles, etc.) que han sabido sobrellevar adaptándose a su nueva situación.

Una de las entrevistadas describe cómo fue la noticia *“El doctor me dio la noticia y yo me quedé en shock; yo era calladita no avise a nadie, solo me pasaba llorando solo mi mami notó y le conté a ella y a mi hermana y ella me habló por qué decía que tenía que operarme porque he dejado pasar tanto tiempo, pero bueno si fue duro y triste, pero luego acepté”* (Entrevista N°4, Septiembre, 2014).

Como señala la paciente y el resto de la muestra, la mayoría reportan haber pasado por al menos dos de las tres etapas de adaptación descritas por Holland JC, Goen-Piels J (2000), en este caso referido, específicamente a la mastectomía. A continuación, explicamos cómo se expresó cada una de estas fases:



- La Fase I (Respuesta inicial): Consta de incredulidad, negación y conmoción por la veracidad de la noticia, reacciones que la mitad de las pacientes dicen haberlas tenido, es decir, les costaba aceptar la realidad de ese momento, ya que no bastaba el doloroso diagnóstico de cáncer de mama sino que además debían someterse a un tratamiento aversivo que afecta directamente la feminidad de las mujeres.
- La Fase II (Caracterizada por disforia): Consiste de un período variable de tiempo durante el cual el paciente acepta lentamente la realidad del diagnóstico. Todas las participantes después de haber recibido la noticia manifestaron ansiedad, insomnio, falta de concentración y pensamientos relacionados a la muerte, pues pensaban “que si tal vez, la operación se complicaba, les podía pasar algo grave durante la misma como morir”. Se proyectaban además en un futuro en el que destacaban las situaciones difíciles, es decir, pensaban si serán las mismas después de la operación, si podrán trabajar, que pasara con su familia si no se curan y en como las demás personas la trataran si ya no tienen un seno. Esto a la vez venía acompañada de sentimientos de preocupación acerca de cómo sus familiares reaccionaran ante esta noticia; a diferencia del diagnóstico de cáncer se les hizo menos impactante la noticia de la mastectomía presentando los mismos sentimientos y reacciones pero en menor intensidad, pues se lo relacionaba más como una alternativa de cura.
- La Fase III (Adaptación): Implica la adaptación a largo plazo, consta de un período prolongado de tiempo. Todas las participantes dicen haber aceptado la noticia de la mastectomía en un periodo de dos a tres semanas, en este sentido, las pacientes deciden con firmeza que la mastectomía es la única alternativa para curar su cáncer de mama, pues valoran una mejor salud, la vida y han logrado informarse más acerca de su condición. A diferencia del cáncer de mama que fue una adaptación tardía, ya que se trataba de una enfermedad que está estigmatizada por la muerte, mientras que la mastectomía fue vista como una alternativa de cura para el cáncer.

Según la American Cancer Society (A.C.S, 2014), se afirma que a medida que los pacientes se enfrenta a su propia mortalidad y con los muchos requerimientos del



cáncer (efectos del tratamiento, pérdidas de órganos o partes del cuerpo, etc.) muchos se aferraron más a sus creencias religiosas, valores personales y familiares, así como a lo más importante de su vida. En este caso lo importante para estas mujeres fue el “estar con vida” para permanecer al lado de sus seres queridos, lo cual se considera un factor que aportó en el proceso de aceptación de la mastectomía.

La adaptación normal o exitosa dependerá que los pacientes sean capaces de reducir a un mínimo los trastornos en las funciones vitales, (no poder mover el brazo, no poder cuidarse a sí mismas, depender de amigos, familiares, del médico, etc.), regular el sufrimiento emocional y continuar participando activamente en los aspectos de la vida que aún tienen sentido e importancia (ACS, 2014).

4.3.2.2 Importancia de la mama

Bello (1998) señala que las mamas desempeñan un conjunto de funciones que se traslapan unas con otras, mencionando cuatro funciones fundamentales: alimenticia biológica (relacionada con un dar biológico de alimentación), función psicológica de amamantamiento (relacionada no solo con la lactancia sino también con el lazo afectivo), función identificadora (en la mujer las mamas son el carácter sexual secundario más significativo) y la función erógena (que se relaciona con el atractivo erótico hacia otra persona).

La mayoría de la muestra de estudio (6 pacientes) concuerda con el autor al estar identificadas con la función identificadora, ya que la mama es considerada la parte que representa su género y feminidad. En un principio, identifican que se sintieron muy afectadas por su pérdida (tristeza, ansiedad, confusas, etc.). Actualmente no le dan mucha importancia, al tema; sin embargo la mayoría prefiere evitar pensar sobre su pérdida, pues dicen genera “sufrimiento”, por lo que niegan verse al espejo o hablar sobre ese tema.

Al preguntar a la muestra que piensan sobre la importancia que se les da a las mamas, las pacientes dicen que la sociedad le da mucha importancia, pues el seno puede representar en los medios de comunicación, sinónimo de belleza y erotismo.



Según menciona la muestra, el medio social ha tenido gran influencia sobre este pensamiento de la mayoría de las entrevistadas, dicen a veces sentirse “un poco acomplejadas e incómodas” cuando los demás recalcan la importancia de la mama. Por ejemplo cuando alguien afirma que “no podría vivir sin esa parte del cuerpo”, esto genera que las pacientes prefieran aislarse de las personas, para no ser juzgadas y no sentir la pena que los demás demuestran hacia ellas.

Las pacientes además comentan casos de mujeres (amigas) que piensan “*que si no tienen un seno nadie las querrá*” (Entrevista N°3, Septiembre, 2014), al respecto dos de las mujeres participantes dicen sentirse así, pues dicen que su cuerpo ya no es el de antes ahora es “incompleto”, por lo que piensan en el rechazo social.

Por otra parte, las entrevistadas que tienen pareja (4) afirman que después de la operación sentían vergüenza y miedo al rechazo, aunque por el contrario, han percibido apoyo de sus parejas en todo momento a lo largo del tratamiento, quienes han manifestado que todavía seguían siendo “atractivas” para ellos. Según indican las participantes, sus parejas consideraron en su escala de valores, que es más importante que estuvieran con vida, lo cual les motivó a seguir con el tratamiento. También afirman que sus parejas cambiaron afectivamente pues ahora se muestran más “cariñosos, comprensivos y felices”, lo que les hace sentirse amadas pese a la pérdida de la mama.

En cuanto a la sexualidad, mencionan el papel erótico de la mama, aunque las pacientes declaran que “no ha cambiado nada” o que “todo está bien”. En cuanto a este tema, no quisieron dar más detalles, ya que se mostraron con vergüenza al hablar. Existe además, una gran valoración a la mama, aunque muchas traten de negar la pérdida de su mama por la “tristeza y vergüenza”, hay un significado de identificación y erótico importante que viene dado por el medio (aprendizaje, modelos a seguir, constructos sociales, valoración estética).



4.3.2.3 Efectos Físicos de la Mastectomía

De la quimioterapia y radioterapia todas las pacientes reportan síntomas comunes a esos tratamientos como náuseas, vómitos, dolores de cabeza, entre otras lo que provoca que la persona se sienta “débil”. Esto se puede constatar con el marco teórico expuesto en el capítulo 1, sobre los efectos secundarios del tratamiento de cáncer de mama, lo cual coincide con lo mencionado por los participantes.

Posterior a la operación, las entrevistadas dicen haber sentido dolor, rigidez en el hombro, hormigueo donde estaba la mama y por debajo del brazo. Unas pocas reportaron hinchazón del brazo (llamado linfedema) en el mismo lado de la mama extirpada y entumecimiento en la parte interna del brazo o debilidad en los músculos de la espalda y la pared torácica.

Además, comentan problemas con el tubo de drenado quirúrgico (se les obstruía) por lo que tuvieron que asistir a consulta después de la primera semana que les dieron de alta, por lo que les cambiaron el tubo, en algunos casos este procedimiento para las pacientes lo califican como “doloroso” ya que se lo realiza sin anestesia.

En cuanto a las actividades cotidianas, de 10 pacientes 8 afirman no pueden realizar las mismas actividades que antes (lavar, barrer, cocinar), dos señalan que ahora son como “imposibilitadas” solo realizan pocas actividades que no concierna actividad física, lo que les hace sentirse “inútiles e incapaces”. Se intuye un malestar más intenso en las pacientes en quienes son jefes de hogar, amas de casa y de aquellas que tienen trabajos que están relacionados con la fuerza física, porque han debido dejar de trabajar o han optado por buscar otros trabajos que no interfieran con su estado físico.

4.3.2.4 Efectos Psicológicos de la Mastectomía

Después de someterse a la cirugía, todas las pacientes que presentaron reacciones como: aislamiento, negación a la pérdida de la mama, enojo, ansiedad, rechazo a verse en el espejo, a más de algunos síntomas depresivos como es llanto fácil, abulia, entre otros. No obstante, conforme, con el paso del tiempo (entre seis meses a un año) se han ido adaptando a su nueva imagen corporal gracias al apoyo de su familia,



amigos y demás personas, hasta el momento dicen todavía sentirse un poco insatisfechas, pues todavía es difícil verse al espejo.

En cuanto a la adaptación familiar, sus seres queridos han sabido apoyarlas y motivarlas, han sabido recalcar lo valiosas que son, además todas las entrevistadas siguen cumpliendo su rol familiar (madre hija, esposa) sin ningún problema. En lo referente al medio social todavía hay un temor a mostrar la falta de la mama, por miedo a la crítica, por lo que muchas recurren al aislamiento. Pese a este temor, recalcan el apoyo de sus amigos a nivel económico y emocional “diciéndoles que son personas importantes”.

El cambio a nivel cognitivo en algunas pacientes es percibido por la existencia de pensamientos negativos hacia la mastectomía por ejemplo “estoy incompleta”, otras participantes de este estudio muestran actitud positiva “sé que esto sirvió para curarme”. Se puede constatar en la mayoría de las entrevistadas la presencia de mecanismos de defensa como:

- La racionalización hacia la pérdida de la mama, es decir, se adaptan a la pérdida del miembro, porque simplemente no tienen otra alternativa y la única manera de curar su cáncer de mama fue la mastectomía.
- La negación, pues existe poca aceptación de su nueva imagen corporal, que se demuestra en el comportamiento de estas mujeres al no verse en el espejo, taparse el lugar vacío donde se encontraba la mama con ropa holgada y además se les dificulta encontrar cualidades buenas de sí misma.

De acuerdo con los cambios emocionales una paciente comenta “*ahora soy más cariñosa con mis familiares, antes era brava ahora ya no soy tan fría*” (Entrevista N°2, Septiembre, 2014), la mayoría de las pacientes concuerdan con este comentario, pues ahora expresan más sus sentimientos por sus seres queridos y son más afectivas con las demás personas. Por otra parte, todavía hay algunas mujeres mastectomizadas que al pensar en la falta de su mama, les invade la “tristeza y preocupación”, aunque no es constante.



Cambios conductuales como se expresó anteriormente existe un aislamiento social, además sus actividades diarias han cambiado, casi todas ya no tienen trabajo, ni realizan esfuerzo físico, lo cual influye negativamente en su autoconcepto pues algunas se consideran “inútiles”. Dos participantes de la muestra hasta el momento afirman no sentirse a gusto y se arrepienten de haberse realizado la cirugía, pues no han sabido aceptar su nueva apariencia, este afrontamiento negativo ha generado síntomas asociados a la depresión y ansiedad (tristeza, inquietud, irritabilidad, entre otros).

Conforme con investigaciones que respaldan a esta investigación, se han obtenido índices de depresión y ansiedad en un 30-40% de las mujeres que padecen cáncer de mama y en quienes se han sometido a una mastectomía aproximadamente tres o cuatro veces más que en la población general (Epping-Jordan, 1999; citado en Compas y Luecken, 2002). Así mismo, trabajos sobre el bienestar emocional en el cáncer de mama indican que esta enfermedad se relaciona con elevados niveles de emociones negativas y distrés psicológico.

Todas las participantes de este estudio comentan que su forma de pensar, de actuar y ver el mundo ha cambiado, pues ahora se centran “en las cosas que realmente importan” (por ejemplo su familia, su salud, etc.).

4.3.3 Autoconcepto

Siguiendo el concepto de Burns, sobre el autoconcepto, este es entendido como la evaluación propia a partir de actitudes hacia sí mismo (ver capítulo 2). En la entrevista se constató que las pacientes, casi en su totalidad dicen tener una actitud positiva hacia sí mismas y hacia el tratamiento, una respuesta en la que todas coinciden dada la pregunta de ¿Cómo se describiría a sí misma?

Tomando el discurso de una de las pacientes, expresa lo siguiente: *“Bueno creo que soy una persona conforme acepto lo que paso, porque que puedo hacer, sé que no me siento cómoda a como era antes, pero si me siento conforme de estar con esa enfermedad. Soy una persona fuerte trato de hacer lo posible para seguir adelante”* (Entrevista N°6, Septiembre, 2014). Estas y las demás pacientes destacan las



cualidades y habilidades que poseen y aunque reconocen que les falta una mama dicen que prefieren no tomar en cuenta ese aspecto, pues lo que importa para ellas es estar con vida.

En contraste con dos entrevistadas que poseen una actitud negativa hacia sí mismas, cuando se le realizó la misma pregunta, las dos respondieron con calificativos “incompletas” y “anormal”, una de ellas menciona *“Soy mmmmm una persona alegre no tanto, una mujer deforme, ya no soy igual que antes, toda ha cambiado ando triste y no sé ya no soy la misma”* (Entrevista N°3, 2014), para estas dos pacientes existe dificultad en dar un concepto de sí mismas porque todavía no aceptan la pérdida de la mama.

Al preguntarles a las pacientes ¿Piensa usted que se adaptó a su nueva imagen? La respuesta de las pacientes casi en su totalidad fueron similares a las siguientes respuestas: “Creo que un poco”, “Sí, que podía hacer”, “Trato de no ponerle atención” lo cual demuestra que aunque se adapta a no tener la mama todavía no hay una plena aceptación a su nueva imagen y estilo de vida.

En general las mujeres con mastectomía, muestran una actitud positiva hacia sí mismas, se describen así mismas como personas valiosas que poseen cualidades buenas y atributos físicos que compensan la falta de la mama, pues para ellas el físico no importa tanto, ya que hay una aceptación favorable a la vida más que a su nueva imagen.

Para un mayor análisis del autoconcepto a continuación presentamos los hallazgos obtenidos de cada uno de los elementos tanto la parte valorativa (autoestima), como descriptiva (imagen corporal) que componen al autoconcepto.

4.3.3.1 Imagen Corporal

En cuanto a la imagen corporal, esta es entendida como toda la descripción que se hace al propio cuerpo. En este aspecto, de las diez pacientes ocho señalan sentirse “atractivas y hermosas”, pues ya no solo se centran en la pérdida de la mama, también



miran sus demás atributos físicos (cara, piel, ojos, etc.) que las hace sentirse mejor al mirarse al espejo, aunque algunas de las entrevistadas afirman que no les gusta mirarse al espejo pues dicen sentirse “incompletas y deformes”.

En general, se aprecia poca aceptación y conformidad en las mujeres al hablar de sus cuerpos, lo cual se evidencia en tener siempre la sensación de que algo falta, la ausencia de la mama es algo que está presente permanentemente. *“No tengo seno, no diré que no me hace falta, pero qué puedo hacer”* (Entrevista N°4, Septiembre, 2014).

La influencia de valores culturales y estereotipos sociales se ve en la formación de una nueva autoimagen o imagen corporal de estas mujeres. Un ejemplo de ello, es la comparación que realiza una de las mujeres entrevistadas al describir su cuerpo, ya que utiliza como modelo el estereotipo dado por un modelo de pasarela *“Sé que no tengo el cuerpo perfecto de una modelo de pasarela, pero estoy satisfecha con mis rellenitos”* (Entrevista N°8, Septiembre, 2014).

En cuanto a la cicatriz, casi en su mayoría afirman, en un inicio, haberse sentido incomodas y les molestaba mirarse en el espejo (pues se miraban mutiladas, lo cual generaba sentimientos tristeza y vergüenza). Con el paso del tiempo dicen ya no sentirse afectadas pues se han acostumbrado a mirarse o evitan mirarse.

Dos de las pacientes comentan tener dolores por su reciente operación (lo que genera molestias al mover el brazo) y disgusto al mirarse al espejo, ya que la cicatriz que deja esta cirugía es grande y la hace sentirse desfiguradas. Es decir, la ausencia permanente de la mama, a pesar de la resignación, también se siente cuando las mujeres están en situaciones cotidianas como desvestirse, desnudas mirarse a un espejo o tocarse como menciona una paciente *“Como que cuando estoy desnuda, veo que me hace falta el senito y me pongo triste, por eso trato de no estarme viendo mucho”* (Entrevista N°5, Septiembre, 2014). Aunque todas concuerdan que su forma de vestirse ha cambiado; es decir, ya no utilizan ropa entallada, sino ahora utilizan vestimenta holgada, piensan que es mejor vestirse así y evitar que la gente note su falta de seno, pues eso les hace sentir “diferentes o como discapacitadas”.



Todas las pacientes mencionan que cuando la gente cercana nota su falta de seno, sienten que les tratan con “lastima” usan calificativos como “pobrecita” “que pena” y muchas veces evitan hablar con ella sobre la mastectomía, situaciones como esta, les hace sentir tristeza e ira, pues emergen pensamientos sobre lo injusta que es la situación por la que están pasando, por lo que no les gusta que les recalquen que son diferentes ni estigmaticen.

Al analizar las descripciones y sentimientos que las mujeres entrevistadas tienen de sus cuerpos, se observa que a pesar de que en el discurso refieren estar “bien y sentirse conformes con sus cuerpos”, siempre aparece un grado de disconformidad asociado a la ausencia de la mama. Por lo tanto, en relación con la imagen corporal, se considera que existe poca aceptación e inconformidad en las mujeres al hablar de sus cuerpos, lo cual se evidencia en tener siempre la sensación de que algo falta, y el negar esta falta de seno con los comportamientos de estas mujeres, podríamos decir que si existe una leve alteración en la imagen corporal aunque se lo niegue.

4.3.3.2 Autoestima

De acuerdo con el concepto de Rosenberg sobre autoestima, este autor hace referencia a los sentimientos favorables o desfavorables que tiene la propia persona dependiendo de la valoración y satisfacción sobre sus características personales.

En relación con la entrevista realizada, más de la mitad de las pacientes se describen así mismo con dos o tres de las siguientes cualidades: fuerte, solidaria, amable, respetuosa, tranquila, perfecta, honesta, alegre; lo cual es un indicativo de una valoración positiva. No obstante, pocas pacientes se describen con una de las cualidades mencionadas.

Se observa en las mujeres la dificultad para describir los sentimientos o afectos que sienten por sí mismas, en cambio, en su discurso indican la importancia de su rol entorno a su familia (madre, hija, hermana, etc.), lo cual podría ser influenciado por la cultura en las que se encuentran inmersas, donde la maternidad y el cuidado de la familia son la prioridad de las mujeres. Ejemplo de ello está el siguiente discurso: “Yo



soy mmmm una buena madre, soy servicial, ayudo a los demás mmmm soy una buena esposa” (Entrevista N°5, Septiembre, 2014); es decir se describen según su rol y función.

Por otro lado, dos de las entrevistadas mostraron sentimientos negativos de sí mismo, una de ellas se describe en estos términos: *“Incompleta que ya no valgo, creo que por eso mis hijos ni me vienen a ver a uno”* (Entrevista N°7, Septiembre, 2014). A partir de la aportación anterior, se observa que la mastectomía afecta la autoestima de las mujeres solo cuando las redes de apoyo principalmente de las personas importantes para estas mujeres, no las acompañan significativamente en el proceso, es decir, *“no se perciben comprendidas y aceptadas como personas con su nueva apariencia”*.

Una característica fundamental que permite que las mujeres entrevistadas tengan una buena percepción de sí mismas, es que en general se sientan consideradas útiles por los demás y se sientan realizadas con la familia que han formado y con los logros que han alcanzado; así lo menciona una paciente *“Creo que soy el eje fundamental de mi familia, no sé qué harían mis hijos sin mí, sé que soy muy importante para ellos”* (Entrevista N°5, Septiembre, 2014).

A pesar de tener, una buena percepción de sí mismas, las mujeres entrevistadas mencionan algunos defectos que les generan ciertos conflictos como lo explica esta paciente que dice *“Soy una persona caritativa mmmmm bueno que también tiene defectos por ejemplo a veces soy de mal genio, no puedo decir que soy perfecta pero creo que soy buena persona”* (Entrevista N°7, Septiembre, 2014). Estos defectos pueden ser anteriores a la mastectomía, pero pueden acentuarse más después de esta.

En cuanto a la valoración de la imagen corporal, existen contradicciones, aunque en su mayoría hablan de sentirse bien con su cuerpo también existe el temor al juzgamiento social; es decir, aunque dicen estar adaptadas hay una negación al hablar de la falta de la mama por vergüenza y miedo a sentirse estigmatizada. Al respecto,



se identifica en la entrevista, que las pacientes se han adaptado a su imagen, pero no existe una aceptación total de ver su imagen sin un seno por tanto se han resignado a su nueva imagen.

Morí (2002) aporta que la autoestima se construye constantemente según los eventos vitales que le ocurran a cada persona y cómo los enfrenta, también se verá influido por la sociedad en la que se desenvuelve. Por lo tanto, la mastectomía es un suceso más en la biografía de estas mujeres que influye en la elaboración dinámica de su autoestima. Conforme a lo que dice el autor, la respuesta adaptativa a la crisis que genera el cáncer y su tratamiento, no ha provocado modificaciones radicales en la autoestima de las mujeres entrevistadas.

Por consiguiente, en referencia a la autoestima, los sentimientos que presentan estas mujeres hacia sí mismas son favorables, pero están determinadas y muchas veces reforzadas positivamente, por los roles que cumplen para los demás (amigos, familia, social), es decir, hay una gran influencia del medio social, ya que si los demás recalcan habilidades y capacidades que posee cada una de estas mujeres, se sentirán más valoradas y apreciadas.

4.3.4 Factores Influyentes del Autoconcepto

Existen muchos factores que pudieron intervenir en las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y así mismo como en el mantenimiento de un autoconcepto estable. El apoyo de las personas más cercanas es lo esencial para sobrellevar la enfermedad y fomentar la valía y aceptación de su cuerpo como explica una paciente *“Se necesitan unas palabras, una llamada que es lo más importante, que le digan a uno que esta bonita, que luchadora que eres, cuando le recalcan esas cosas uno se siente bien”* (Entrevista N°1, Septiembre, 2014).

Los hallazgos de la revisión de Galván, Buquí & Garcés, (2009) sugieren que las mujeres con cáncer de mama son vulnerables, pues su autoconcepto puede verse afectado por el estrés psicológico, el desarrollo de la sintomatología depresiva y por



ciertos estilos y estrategias de afrontamiento (p.ej. las estrategias de aproximación, aceptación, reinterpretación positiva, búsqueda de apoyo social).

Hay ciertas variables sociodemográficas (p. ej. tener mayor edad, encontrarse laboralmente activas), variables clínicas (p. ej. haber sido diagnosticada en estudios iniciales de la enfermedad, haber recibido cirugía conservadora, padecer otras enfermedades crónicas, haber sido tratadas con quimioterapia adyuvante, presentar menor sintomatología física asociada a la enfermedad o sus tratamientos) y variables psicosociales (p. ej. ausencia de historia previa de ansiedad y depresión, ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva, amplitud de la red social o cantidad de personas disponibles para ofrecer apoyo social), las cuales están asociadas a un mejor ajuste a la enfermedad, mejor calidad de vida, una autoestima elevado y una buena imagen corporal.

4.2.4.1 Factores de Protección del Autoconcepto

Lo primero que resaltan es el apoyo familiar donde 9 aseguran que sus hijos, esposos y más han sido la motivación para seguir enfrentando esta enfermedad, ya que han estado con ellas desde el inicio de su enfermedad, así mismo han usado calificativos como “lo linda que está” “lo fuerte que es”, lo cual ayudado a que el autoconcepto no se vea alterado, según afirman las pacientes.

El apoyo externo de otras personas como amigos, conocidos, vecinos también han sido importantes, pues la mayoría de pacientes dicen sentirse agradecidas por la ayuda brindada, tanto económica, como emocionalmente (colectas, rifas, regalos, visitas, invitaciones, consejos, abrazos). También ellos han sabido fomentar y recalcar sus cualidades buenas y minimizar la importancia de ya no tener el seno.

Ocho mujeres de la muestra afirman que lo que les ha ayudado además es la fe en Dios, acercándose más a las prácticas religiosas, pues el saber que existe un ser superior les hace sentir acompañadas, además piensan que si siguen la vida de “Jesús” (modelo de comportamiento) llegarán a ser más felices y aceptarse como son (Entrevista N°4, Septiembre, 2014).



También las pacientes comentan que el estar ocupada, ya sea trabajar o realizar alguna actividad recreativa fomenta sentimientos de utilidad. Una de las pacientes afirma al respecto: *“Escuchando música, cocinando, tejiendo o me pongo a conversar con mis hijas que vienen del colegio, salgo con ellas”* (Entrevista N°2, Septiembre, 2014). En este sentido, las pacientes que realizan alguna actividad les permite evitar estar pensando sobre la pérdida de la mamá (distracción cognitiva) y les ayuda a sentirse útiles fomentando además, habilidades nuevas, las cuales son valoradas por las demás personas.

Seis de las diez pacientes han recibido apoyo psicológico (terapia individual) constante en SOLCA, cuatro de ellas han terminado con su terapia (por su propia cuenta) debido a que se sienten mejor, dos solo asistieron a dos sesiones y cuatro se negaron a asistir a terapia, pues no tenían tiempo requerido para la terapia y además creían que no les ayudaba. Del apoyo psicológico se relata la explicación del procedimiento de la cirugía, lo cual les ayudó a aumentar su autoestima y aceptar verse sin seno, por lo que se podría inferir que estas mujeres que asistieron a terapia podrían estar mejor en cuanto a su autoconcepto.

Como dato adicional existe instituciones que han ayudado de alguna manera a las pacientes, como es el caso del gobierno que han permitido la realización de las quimioterapias gratuitas, eso ha hecho que las pacientes no se preocupen en el aspecto económico y les ha ayudado para sentirse apoyadas.

4.2.4.2 Factores de Riesgo del Autoconcepto

Un factor de riesgo encontrado en la investigación, es la soledad que constituye un riesgo para las pacientes con cáncer al no existir nadie que las apoye como afirma una participante *“Ya estoy sola, quisiera que mis hijos me vengán a ver pero nadie viene a verme, solo pasan delante de mí y ni siquiera me preguntan cómo estoy”* (Entrevista N°10, Septiembre, 2014).

En específico, para esta paciente representaría un riesgo al no tener fuentes de apoyo, pues no recibirá ayuda, no estará motivada al tratamiento y por lo tanto, no recibirá refuerzos positivos hacia su persona. El resto de la muestra, como ya se



mencionó anteriormente recibe apoyo de personas cercanas, amigos, familiares por tanto se sienten más seguras y apoyadas.

El aislarse socialmente por temor o vergüenza de que las demás personas les juzguen como dice una paciente: *“A veces me hacen una invitación pero ya no me voy, ya no me gusta ir, como que me cohíbo un poco y muchas me critican, no me siento bien”* (Entrevista N°5, Septiembre, 2014). Es decir, el apoyo social también muchas veces lleva a la paciente a adquirir una actitud negativa tanto de su aspecto, como de sus cualidades por críticas de los demás, pues al no existir fuentes de apoyo que las motiven o generen comentarios de valía hacia ellas, puede provocar un malestar en las pacientes o ser un factor estresante.

La inactividad ya sea por falta de trabajo o actividades recreativas genera en esta muestra sentimientos de inutilidad e incapacidad, por lo que piensan que “no sirven” como la mayoría de las pacientes mencionan. Por otra parte, la negatividad de pocas de las entrevistadas (3), se expresa con distorsiones cognitivas respecto de sí mismas “ya no valgo nada”, en cuanto al tratamiento “creo que no me voy a curar” y en cuanto a las percepciones de los demás hacia ellas “me juzgan”, lo que podría provocar un bajo concepto de sí mismo, al valorarse en función de cogniciones erradas.

De acuerdo con las variables sociodemográficas, en el aspecto económico todas dicen sentirse afectadas, ya que hay muchas pacientes que no tiene cómo pagar los costes adicionales al tratamiento y se muestran con temor, pues el bono que la mayoría de mujeres recibe, muchas veces no les alcanza para los gastos del hogar y tratamiento.

4.4 Discusión de Resultados

Conforme al análisis de los resultados, a continuación se procede a asociar a estos con los objetivos de investigación planteados para este estudio. Ahora bien, expondremos el primer objetivo de la investigación el cual data de la siguiente manera: “Descripción del autoconcepto de mujeres mastectomizadas”, para lo cual se han



asociado los elementos de los diferentes instrumentos empleados; en este caso de la entrevista semiestructurada, cuyos resultados muestran que:

- La mayoría de mujeres pertenecientes a la muestra de estudio muestran una actitud positiva hacia sí mismas, se describen como personas valiosas que poseen cualidades buenas y atributos físicos que compensan la falta de la mama; pues, para ellas el físico no importa tanto, ya que hay una aceptación favorable hacia la vida más que a su nueva imagen.

Como se sabe, el autoconcepto se encuentra constituido por dos elementos los cuales se presentan de la siguiente manera en las pacientes mastectomizadas:

- Imagen Corporal: Al analizar las descripciones y sentimientos que las mujeres entrevistadas tienen de sus cuerpos, se observa que, a pesar de que en el discurso refieren “estar bien” y “sentirse conformes” con sus cuerpos, siempre aparece un grado de disconformidad asociado a la ausencia de la mama.
- Autoestima: Cuando las mujeres entrevistadas hablan de sí mismas, de sus cualidades, habilidades, características es decir, de su valoración y de la percepción propia y que tienen los otros acerca de ellas, en general, tienen un discurso positivo.

- La percepción de las mujeres entrevistadas acerca del significado de sus mamas, se relaciona estrechamente con la identificación de género y su feminidad, siendo las mamas una parte característica del cuerpo de la mujer, constructo creado por la sociedad.

- Se encuentran además mecanismos de defensa como la racionalización hacia la pérdida de la mama, es decir, aceptan la mastectomía, porque no tienen otra alternativa al tratamiento y creen que mediante este procedimiento el cáncer desaparecerá. La negación, es otro mecanismo de defensa que actúa al no existir una aceptación total de su nueva imagen corporal, por lo que se les dificulta encontrar cualidades buenas, mirarse al espejo, mirar la cicatriz y tapan la falta de seno con ropa holgada. En este sentido, en relación con los resultados de las escalas aplicadas se encuentra una contradicción con la entrevista por lo



que se argumenta que se debe a la influencia de estos mecanismos. Es decir, por un lado en las escalas aplicadas, los resultados están en un rango de normal a elevado, mientras que en las entrevistas realizadas, las pacientes discuten más sobre cada ítem evaluado, en los que aparentemente se encontraban normales; descubriendo así que los elementos del autoconcepto, están afectados de alguna manera.

- Aunque la mayoría de las pacientes afirman que se han ido adaptado a los cambios que han tenido en su imagen y en su vida, no llegan a decir que han aceptado la pérdida de su mama. En su mayoría hablan de sentirse bien con su cuerpo, pero también existe el temor al juzgamiento social. Es decir, aunque dicen estar adaptadas hay una negación a hablar de la falta de la mama por vergüenza y miedo a sentirse estigmatizada, lo que demuestra que no hay una aceptación. Muchas de estas mujeres además dicen todavía tener molestias al no poder realizar ciertas actividades de esfuerzo físico y que antes no les tomaba mucho esfuerzo realizarlas, lo que genera sentimientos de inutilidad e ineficacia, afectando su autoestima.

Por otra parte, según el segundo objetivo que versa de la siguiente manera: “Identificar las posibles variables sociodemográficas que influyen en el autoconcepto”, se aplicó una ficha sociodemográfica y se la relacionó con las variables influyentes obtenidas en la entrevista a mujeres mastectomizadas, el análisis reveló los siguientes resultados:

- En relación con la edad, se obtuvo que las mujeres de menor edad poseen su autoconcepto alterado, pues estas mujeres de la muestra de estudio tenían edades menores a la edad promedio que es de 55 años, especialmente influye en la imagen corporal.
- La entrada financiera se relacionó con la variable jefa de hogar y situación laboral ya que se encuentran estrechamente relacionadas, encontrando que 5 de 10 mujeres son las que cuidan de su hogar y son desempleadas, lo cual afecta su autoconcepto, especialmente en su autoestima por considerarse incapaces de ser productivas y encargarse de su hogar como lo hacían anteriormente a la



mastectomía; es decir, existe una pérdida de sus capacidades y su funcionalidad.

- El estado civil es una variable influyente, pues en las mujeres de este estudio que tienen pareja, su autoconcepto se ve afectado, principalmente en la imagen corporal, por lo que se sienten menos atractivas sexualmente ante su pareja.
- En cuanto al tratamiento por cáncer de mama recibido, en especial sobre la mastectomía aspecto en que se ha centrado parte de la investigación y adicionalmente los tratamientos coadyuvantes a la misma (QT-RT), en esta muestra estudiada, se observa que se generan cambios tanto en el área física, como psicológica, que afectan al autoconcepto de estas mujeres, tanto en su imagen corporal como en su autoestima.
- La mayoría de pacientes (9 de 10) no presentaban ningún antecedente ginecobstétrico al diagnóstico de cáncer de mama, influyendo en el autoconcepto en cuanto a su imagen corporal, pues al no haber tenido ningún problema anterior ginecobstétrico esto puede generar mayor impacto ante el tratamiento (mastectomía).
- En cuanto a las demás variables, a pesar de que se siguió con el mismo procedimiento para determinar la influencia de las variables sociodemográficas en el autoconcepto, no representan en mayor medida un factor influyente que pueda aportar a esta investigación.
- Por otra parte, debido a que la muestra de estudio resultó ser pequeña, las derivaciones obtenidas no representan una significancia estadística, por lo que los resultados no pueden ser generalizados.

A las variables sociodemográfica también hemos incluido además varios factores influyentes en el autoconcepto que a continuación presentamos:

- A partir de las entrevistas se encontraron como principal factor de protección: el apoyo social (familia, amigos, conocidos, equipo médico, etc.) contribuyendo también a que las pacientes se encuentren motivadas y animadas, para seguir con su tratamiento.



- La religión también ha ayudado a las pacientes a sentirse en paz consigo, más seguras, mismas y tener un modelo de vida que seguir.
- El psicooncólogo también ha contribuido a que las pacientes se sientan informadas y preparadas para el tratamiento superando su pérdida, así mismo existen algunos casos que las participantes han seguido un proceso terapéutico que les ha ayudado en la aceptación de su imagen corporal y elevar su autoestima.
- Por el contrario, se encontró como factor de riesgo principal la soledad, el no tener fuentes de apoyo implica consecuencias como el propio aislamiento y síntomas depresivos. En este sentido, también el apoyo social puede verse como un factor estresante en la paciente ya que, por lo general las pacientes son estigmatizadas.
- La negatividad de pocas de las entrevistadas se expresa con pensamientos pesimistas de sí mismo (“ya no valgo nada”), del tratamiento (“creo que no me voy a curar”) y percepciones de los demás hacia ellas (“me juzgan”) lo que podría provocar un bajo concepto de sí mismo.

Finalmente, en relación con el último objetivo sobre: “Determinar el grado de afección de los elementos del autoconcepto en las mujeres mastectomizadas”, para lo cual se ha aplicado dos escalas una de autoestima de Rosenberg y la otra de imagen corporal de Hopwood, se evidencia en el análisis lo siguiente:

- Las mujeres mastectomizadas participantes de este estudio presentan un autoconcepto estable, es decir, que en las escalas aplicadas existe un nivel bajo de mujeres que presentan alterada su imagen corporal y autoestima, la mayoría de la muestra tiene puntuaciones de normales a elevadas. En cuanto con la imagen corporal las mujeres obtuvieron una imagen normal, mientras que en la autoestima las mujeres participantes se encuentran en un nivel de normal a elevado.
- El componente de la autoestima afectado es la satisfacción consigo mismo, lo cual se evidencia en puntuaciones bajas en los ítems referidos a la manera de



cómo se sienten las mujeres. La mayoría se sienten, inútiles, fracasadas, insatisfechas y su actitud es un tanto negativa.

- Solamente dos de las participantes de este estudio resultaron con la autoestima baja para guardar su identidad se han denominado con un número. La paciente N°3 a partir de la entrevista realizada muestra cierto factor influyente en la baja autoestima debido a que hace 2 meses se realizó la mastectomía y por lo que se encuentra en un proceso de adaptación a su nuevo estilo de vida. Un factor de riesgo que hay que considerar es su reciente divorcio (hace 1 mes) lo cual ha generado inseguridad al tener que pasar por esta operación sola, su actitud es negativa, pues no encuentra cualidades para valorarse y ahora como ya no existe el apoyo económico de su pareja se muestra imposibilitada para conseguir trabajo. Señala también no haber recibido algún apoyo por el personal sanitario. Por otra parte, la participante N°10, que al igual que la anterior, recientemente se ha sometido a la mastectomía (2 meses), aunque en esta paciente la parte corporal no le afecta mayormente, pues como dice “ya soy de edad no me afecta”, lo que si influye es la falta de fuentes de apoyo, pues sus hijos no la cuidan y por su edad (82 años) ya no puede ni cuidarse sola y ni ir a las consultas con los médicos de S.O.L.C.A, además no cuenta con el factor económico suficiente, pues recibe tan solo el bono de discapacidad que le da el gobierno. Al describirse se le dificulta encontrar cualidades que resaltar.
- En la imagen corporal, se observa que no hay una alteración en la muestra, sin embargo, lo que se encuentra afectado es el área afectiva y cognitiva, es decir, cómo se percibe y sienten en relación con el atractivo físico y con las demás personas.
- Dos de las participantes resultan con la imagen corporal alterada a continuación se explica que factores influyentes identificadas. La paciente N°3 aparte de los factores hablados anteriormente, evita verse al espejo y se aleja de la gente para no ser sometida a juzgamiento, dice también sentirse menos atractiva y “deforme”. En la paciente N°5, un factor influyente es su edad (42 años) es decir, se encuentra en la adultez media, lo que significa que hay gran importancia de la apariencia, no se siente conforme con su cuerpo, señala que no le gusta mirar su cicatriz y trata de ocultarlo usando ropa que cubra esa parte.



CONCLUSIONES

A través de la recopilación de información, descrita y de los objetivos de la investigación se pudo extraer las siguientes conclusiones, en función de los objetivos planteados en la investigación:

- El impacto de la noticia de diagnóstico de cáncer, comparándola a la noticia de la mastectomía, resulto ser más impactante porque se la relacionaba con la muerte, mientras que en la mastectomía fue visto como una alternativa para seguir viva.
- Las mamas son consideradas por las participantes del estudio como un símbolo visible de su identidad femenina, de gran significado personal y cultural por un valor erótico y sexual que conlleva la mama.
- El autoconcepto en la mayoría de estas mujeres, de acuerdo con las escalas aplicadas de imagen corporal y autoestima, se encuentra en un rango de normal a elevado, por lo que dichos elementos no se encontraron alterados significativamente.
- Con referencia a las entrevistas realizadas la mayoría de mujeres pertenecientes a la muestra de estudio manifiestan un autoconcepto formado por una actitud positiva hacia sí mismas, se describen así mismas como personas valiosas, que poseen cualidades buenas y atributos físicos que compensan la falta de la mama.
- El análisis de los discursos de la muestra pone en evidencia la inconformidad e insatisfacción con su apariencia física (imagen corporal) y sus capacidades (valía). Por lo que se encontró que hay una adaptación pero no hay una aceptación total, porque existen mecanismos de defensa de racionalización y negación.
- El autoconcepto se ha visto influenciado por factores de protección entre los más sobresalientes tenemos: el apoyo social (familia, amigos, equipo médico, etc.), la religión, actitud positiva y terapia psicológica.
- Por el contrario, existen factores de riesgo como: la soledad, la crítica social y actitud pesimista, que interfieren para que estas mujeres no logren configurar una imagen corporal satisfactoria para ellas y su nivel de autoestima disminuye.
- Dentro de otros factores que influyentes en el autoconcepto, se encuentran las variables sociodemográficas que alteran al mismo, entre las cuales tenemos: la



edad, el no haber presentado antecedentes ginecobstétricos, el tratamiento, la situación laboral, situación económica y estado civil.

- La mastectomía es entendida como un medio para mantener la vida frente al cáncer de mama, a pesar de constituir una mutilación corporal que degrada la imagen del cuerpo y la valía de sí mismo. Al respecto las participantes casi en su totalidad reportan sentirse diferentes a partir del diagnóstico y tratamiento, concluyendo que ha cambiado su forma de actuar, pensar y ver el mundo.
- Al finalizar esta investigación, se puede concluir que, de acuerdo con las escalas aplicadas y entrevistas realizadas a las mujeres sometidas a una mastectomía, el autoconcepto de la muestra si se encuentra alterado.



RECOMENDACIONES

A continuación se presentan algunas recomendaciones que surgieron a partir de la realización de la presente investigación y que resultan relevantes para futuras investigaciones en nuestro medio, esperando contribuir a la investigación en este campo y mejorar los modos de intervención con esta población.

- Replicar la investigación con una muestra más amplia para validar los resultados obtenidos en la presente investigación.
- Diseñar programas de ayuda psicológica antes, durante y después del tratamiento de las mujeres mastectomizadas, para una mejor adhesión terapéutica y mayor bienestar de las participantes.
- En cuanto a la mastectomía, trabajar en la elaboración de una imagen corporal que sea grata para la mujer y el fortalecimiento de la autoestima de estas mujeres, mediante terapia psicológica, para generar un buen concepto de sí mismas.
- Determinar e investigar sobre otros aspectos psicológicos y sociales que influyen en esta población, como consecuencia de la mastectomía que afecten su calidad de vida.
- Establecer alianzas entre las instituciones al servicio de los enfermos de Cáncer, en cuanto las necesidades de las pacientes, para brindar una atención integral en cuanto a los servicios de atención psicológica, como apoyo social, psicológico.
- Investigar sobre estrategias de afrontamiento para el manejo de la mastectomía y cómo éstas pueden favorecer a un mejor autoconcepto o bienestar psicológico.



BIBLIOGRAFÍA

- AECC, contra el cáncer. (2013, 27 de septiembre). *Tipos de Cáncer de Mama*. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/tipos.aspx>.
- Agüero, L. & Messing B. (2001). *Algunos factores que influyen en el distress psicosocial y autoestima en mujeres mastectomizadas*. Tesis de Grado. Universidad Austral de Chile, Valdivia.
- Albo, M., Núñez, J., Navarro, L. & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale. Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 458–467.
- Alcaide, M. (2009). Influencia en el rendimiento y autoconcepto en hombres y mujeres. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*. 4 (2), 27-44.
- Al-Ghazal, S., Sully, L., Fallowfield, L. & Blamey, R. (2000). The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *European Journal Surg Oncol*, 26, 17–19.
- Amador, J. & Forns, M. (1996). *Autoestima: cómo mejorar la propia imagen*. Castellnou Infantil y Juvenil. ISBN: 978-84-89625-28-0.
- American Cancer Society. (2013, 31 de Enero). *¿Cómo se determina la etapa del cáncer de seno?*. Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-deseno-inicial-clasificacion>.
- American Cancer Society. (2014, 26 de agosto). *Cáncer de seno (mama)*. Recuperado de www.cancer.org.
- American Society of Clinical Oncology. (2013, 15 de Marzo). *Qué es la inmunoterapia*. Recuperado de <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/tipos-de-tratamiento/qu%C3%A9-es-la-inmunoterapia>.
- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, V. & Villarreal, P. (2011). Cáncer de Mama. *Onco Guía*. 6, 77-86.
- Arroyo, S. (1999). Intervención en autoestima en psicología. *Revista Avances en Salud mental Infanto Juvenil*. 20 (3) 211-232.



- Asociación de mujeres mastectomizadas de España. (2014). *Mastectomía: Consecuencias psicológicas*. Recuperado de salud.kioskea.net: file:///C:/Users/User/Downloads/mastectomia-consecuencias-psicologicas-2512-mukoev.pdf.
- Avis, N., Crawford, S. & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13 (1), 295-308.
- Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián: *Revista de humanidades*, 2 (1) 53-70.
- Bayo, J., García, J., Lluch, A. & Maganto, V. (2007). *Cáncer de mama, Cuestiones más frecuentes*. Madrid: Grupo Editorial Entheos.
- Bello, M. (1998). Aspectos psicoantropológicos en la mujer con cáncer de mama. *Cuadernos de Cirugía*, 12 (2), 82-89
- Campbell, J. (1984). Preventive education from high-risk children: Cognitive consequences of the Carolina Abecedarian Project. *American Journal of Mental Deficiency*, 88 (5) 515-523.
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva York: Guilford Press.
- Cazalla, N. & Molero, D. (2014). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 40 (5), 222-243.
- Cooley, C. (1922). *Human Nature and the Social Order*. New York: Scibner's.
- Compas, B. & Luecken, L. (2002). *Psychological Adjustment to Breast Cancer*. Doctoral Thesis. University of Vermont, Burlington, Vermont.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Curbow, B. & Somerfield, M. (1991). Use of the Rosenberg Self-esteem Scale with adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 113-131
- DeJuanas, A., Limón, R. & Navarro N. (2013). *Pedagogía Social*. Revista Interuniversitaria, 22 (1), 153-168. doi: 10.7179/PSRI_2013.22.02.
- Departamento de Salud Pública de California. (2011). *Una Guía de la Mujer, para el tratamiento del Cáncer de Mama*. Sesión para la Detección del Cáncer. California.
- Die Trill, M. (2003). *Psico-oncología*. España: ADES.



- Die Trill, M., Die Goyanes, A. (2003). *El Cáncer de Mama*. Psico-Oncología. (pp.168-175). España: ADES.
- Dueñas, R., Sánchez, A. & Sánchez, P. (2007). *Papel del oncólogo en el diagnóstico y seguimiento del cáncer*. Primer Libro Blanco de la Oncología Médica, 133-154.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited: Or a theory of a theory. *American Psychologist*, 13 (1), 404-416.
- Estévez, M. (2012). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de segundo ciclo de educación secundaria de la ciudad de Alicante*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, Alicante.
- Fernández, A. (2004). *Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos*. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Ferreira, R., Hermann, R., Sáez, C. & Viguera, G. (2009). *Revisión de la Literatura para Biopsias Percutáneas Mamarias*. Medwave.
- Freud, S. (1947). *Esquema del psicoanálisis*. Argentina: Paidós.
- Fundación MAPRE. (2011). *Biografías*. Trauma.
- Galván, N., Buki, L. & Garcés, D. (2009). *Variables Psicosociales Asociadas Con Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Mujeres Con Cáncer De Mama Post-Cirugía: Una Revisión Sistemática*. Universidad Católica Del Uruguay y Universidad Autónoma De Madrid. Madrid, Montevideo.
- Gall, T. & Cornblat, M. (2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(6), 524-535.
- García, C. & González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27 (1), 72-80.
- Gil, M. & Narváez, P. (2014). Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mama. *Index de Enfermería*, 17 (1), 12-20. Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n1/6635.php>
- Gonzales, M. (2000). *Autoconcepto, Autoestima e Motivación*. En Dosil, A. Colección País Galegos de Ciudadáns Europeos. Xunta de Galicia: Santiago de Compostela.



- González, I. & González, X. (1995). *La calidad de vida de las personas Ostomizadas y Mastectomizadas del Hospital de México: base para su conceptualización y atención*. México: Binasse.
- González, E. (2012, 17 de Junio). *Formas de afrontar las adversidades: estrategias de afrontamiento*. Recuperado de <http://www.actualpsico.com/formas-de-afrontar-las-adversidades-estrategias-de-afrontamiento/>.
- González, M. & Tourón, J. (1992). *Autoconcepto y Rendimiento Escolar*. Universidad de Navarra. España: ISBN 84-313-1216-5.
- Haeussler, I. & Milicic, N. (1995). *Confiar en uno mismo. Programa de desarrollo de la autoestima*. Santiago: Dolmen.
- Hobbes, T. (2009). *Leviatán o la materia, forma y papel de un estado eclesiástico y civil*. Madrid: Alianza (traducido del original año 1651).
- Holland, J. & Goen-Piels, J. (2000). Principles of psycho-oncology. *Cancer Medicine Hamilton*, 2 (5), 943-58.
- Holland, J., Breitbart, W. & Jacobsen, P. (1998). *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Holland, J. & Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. España: Herder.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. & Alchazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*.
- Hopwood P. (1993). The assessment of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 29 (2), 276-81.
- Instituto Nacional del Cáncer. (03 de Mayo de 2013). *Estatificación del Cáncer*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/estadificacion>.
- Instituto Nacional del Cáncer de EEUU. (2014) *¿Qué es el cáncer?*. Recuperado de www.cancer.gov.
- Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca. (2007). *Registro de tumores*. Recuperado de <http://www.institutodelcancer.med.ec/registro-de-tumores/>
- Kern, E. & Moreno, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: Aspectos teóricos. *Psicología em Estudo*. 12 (1), 81-86.
- Kreisler, L. (1996). *La Resilience mise en spirale*. Boston: Spirale.



- Landero, R. & González, M. (2004). Variables psicosociales como predictoras de la salud en mujeres. *Revista de Psicología Social*, 19 (3), 255-264.
- L'Ecuyer, R. (1990). Le Développement du Concept de Soi de Oá 100 Ans: Cent Ans Apres Williams James. *Revue Québécoise de Psychology*. 11 (1). Special Number on the Self-Concept.
- Lemieux, J., Maunsell, E. & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycooncology*, 17, 317–328.
- Lewis, R. (1991). The relationship of self-concept to reading achievement en Struening y Guttentag. *Handbook of evaluation research*, 1 (4), 78-90
- López, S., Cruzado, J. & Feliu, J. (2011). Daños Neuropsicológicos Asociados a los Tratamientos Quimioterapéuticos: Una Propuesta de Evaluación. *Clínica y Salud*, 3-24.
- Lucia, M., Millan, I., Sánchez, S. & Silvestre, M. (2000, 5 de Marzo). *Mastectomía; cuidados tras el alta hospitalaria*. Boletín Oncológico. Recuperado de <http://www.opolanco.es/Apat/Boletin13/cuidados.htm>.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005) *The Benefits of Frequent Positive Affect*. *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803–855. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.80.
- MacMahon, D. (1996). *Epidemiology: Principles and Methods*. Second edition. Boston: Little Brown & Company.
- Maganto, C. & Roiz O. *Factores de riesgo en Trastornos Alimenticios*. Ponencia presentada en el I Congreso Europeo de Psicoterapia breve. La Psicoterapia en una Europa Unificada. Barcelona.
- Marsellach, G. (2003). *La autoestima en niños y adolescentes*. Recuperado de <http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos>.
- Marsh, H. & Hattie, J. (1996). *Theoretical perspectives on the structure of self-concept*. New York: Wiley.
- Maslow, A. (1950). *Self actualizing people: a study of psychological health*. New York: Grune & Stratton.
- Massó, M. (2001). *Ponte a vivir: valores y autoestima*. Madrid: Ediciones Eneida.



- Masten, A. & Powell, J. (2003). *A resilience framework for research, policy, and practice*. University Press. Cambridge
- MedlinePlus. (2013, 8 de Abril). *Linfocitos T*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003516.htm>.
- Missiaggia, E. (2004). *Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Montesinos, F. (2012). *La Radioterapia*.(pp.1-3) España: gAmis.
- Montt, M. & Ulloa, F. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental*, 19 (3), 30-35.
- Mori, P. (2002). *Personalidad, autoconcepto y percepción del compromiso parental: Sus relaciones con el rendimiento académico en alumnos del sexto grado*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Musitu, G., & Román, J. (1983). *Autoconcepto e Integración Social en el Aula*. Tesis Doctoral. Universidad Tarraconensis. Bélgica.
- Naranjo, F. & Alvarado, A. (2007). Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *Revista Gamo*. 6 (4):87-90.
- Narváez, P. (2004). *Experiencia de mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mama, en el Hospital Clínico Regional de Valdivia*. Tesis Doctoral. Chile.
- Navarro L. (2006). *Vivencia de la Autopercepción y Sexualidad en mujeres Sometidas a Mastectomía Controladas en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional Base Valdivia*. Valdivia: Universidad Austral de Chile
- National Cancer Institute de EEUU. (2008, 10 de Marzo). *Espiritualidad*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/espiritualidad/healthprofessional/allpages>
- Neira, P., Arancibia, P., Aguirre, B., González, P. & Taub, T. (2010). *Uso de Resonancia Magnética Mamaria en Cáncer de mama*. Sociedad Chilena de Mitología.
- Núñez & González. (1994). *Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar*. Tesis Doctoral. Universidad de Ovied, España.
- Oiz, B. (2005). *Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico*. Anuales del Sistema Sanitario de Navarra, 2,19-26.



- OMS. (2014, 23 de Febrero). *Cáncer*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>.
- OMS. (2012). *Carga Mundial de Morbilidad*. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr/>.
- OPS. (Organización Panamericana de la Salud). (2012). *Alternativas de Tamizaje del Cáncer de mama*. Recuperado de http://www.paho.org/hq./index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=5783&Itemid=270&lang=en.
- Ornelas, R., Tufiño, M. & Sánchez, J. (2011). Ansiedad y depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigación Psicológica*.401-414.
- Ortega, M. (2010). *Relación entre la Insatisfacción con la Imagen Corporal, Autoestima, Autoconcepto Físico y la composición Corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la ciudad de Jaén*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Granada.
- Peden, A., Hall, L., Rayens, M. & Beebe, L. (2000). Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college women. *Nursing Research*, 49 (4), 201-207.
- Pérez, L. (2011). *Relación entre los aspectos psicológicos, la aparición y evolución del cáncer de mama*. Barcelona: ISEPES.
- Raich, R. (2001). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Real Academia Española. (2014). *Actitud*. Diccionario.
- Remor, E., Amorós, M. & Carroble, J. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales De Psicología*, 22 (1), 37-44.
- Rivera, A. & Montero, L. (2007). *Ales de psicología*. Universidad Nacional autónoma de México. Vol. 23.
- ROCHE. (2011). *Cáncer de Mama*. Colección Hablemos de cáncer de ROCHE.
- Rodríguez, A. (2008). *El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia*. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco, España.
- Rogers, C. (1959). *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría*. Barcelona: Paidós.



- Rogers, C. (1961). *Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw Hill.
- Rosen, J. (1995). The nature of Body dysmorphic disorder and treatment with Cognitive behavior Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2 (2) 143-166.
- Rosen, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal. *En Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, 1 (1), 30-58.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: University Press.
- Rogers, C. (1989). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ruiz, J. (1997). *Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama*. En Medicina Familiar. Granada: SAMFYC.
- Sallés, P. (2011, 9 de Diciembre). *Autoconcepto, autoestima y salud mental* (Web log post). Recuperado de <https://paulinasalles.wordpress.com/2011/12/09/autoconcepto-autoestima-y-salud-mental/>.
- Sanchez, I. & Rossano, B. (2012). *Insatisfacción Corporal En Hombres Y Mujeres De Poblaciónrural*. Tesis Previa a la obtención del título de Licenciada en psicología clínica. Universidad Autonoma del Estado de Mexico.
- Saavedra, E. (1996). *Resiliencia y ambientes laborales*. Séptima Jornada de Tesistas en Resiliencia. CEANIM. Reimpreso en 2004.
- Saura, P. (2002). *La educación del autoconcepto*. España: Universidad de Murcia. Servicios de Publicaciones de la Universidad de Murcia; ISBN 8476846606.
- Scheier, M. & Carver, C. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4 (1) 219-247.
- Schilder, P. (1935). *Image and Appearance of the Human Body*. Londres: Kegan Paul, Trench Trubner and Co.
- Sebastián, J. (2003). *Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.



- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, MJ. & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*. 18, 137-161.
- Seligman, M. (1991). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- SEOM. (2013, 04 de Abril). *Que es el Cáncer y como se desarrolla*. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>.
- Serrate, R. & Barrado, E. (2011, 26 de Mayo). *Como educar la Autoestima*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/05/como-educar-la-autoestima>
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2010). *Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en el Principado de Asturias*. Asturias: La mancha
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2010). *Programa de detección precoz de cáncer de mama*. Asturias: La Mancha.
- Shapiro, S., López, A., Schwartz, G., Bootzin, R., Figueredo, A. & Braden, C. (2001). Quality of life and Breast Cancer: Relationship to Psychosocial Variables. *Journal of Clinical Psychology*. 501-519.
- Skinner, B. (1977). *Ciencia y conducta Humana*. Editorial Fontanella.
- Snygg, D. & Combs, A. (1949). *Individual behaviour: a new frame of reference for psychology*. New York: Harper.
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2013, 25 de Febrero). *Efectos Secundarios de la Quimioterapia*. Recuperado de <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/guia-actualizada/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia>.
- Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO). (2011). *Guía de Cáncer de Mama*. Estados Unidos: Cancer.Net.
- Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO). (2011). *Signos y síntomas del cáncer de mama*. Estados Unidos: Cancer.Net.
- Sociedad Estadounidense de Oncología Radioterápica. (2012). *Radioterapia para cáncer de mama*. (pp. 1-9).EEUU: ASTRO.



- Speck, R. (1989). *La intervención en red social: las terapias de red, teoría y desarrollo*. Barcelona: Gedisa.
- Steiner, D. (2005). *La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano*. Tesis inédita de maestría. Tecana American University, Maracaibo, Venezuela.
- Suárez, V. (2004). *Mastectomía, afrontamiento y autopercepción corporal*. Psicología Científica. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-98-1-mastectomiaafrontamientos-y-autopercepcion-corporal.html>.
- Thomas, P. & Saborío, F. (2000). *Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía*. Departamento de Desarrollo Social, Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Thompson, J. (1990). *Body Image disturbances: Assessment and Treatment*. New York: Pergamon Press.
- Thompson, J. & Tantleff, S. (1998). Assessment of Body Image disturbance in Obesity. *Obes Res.* 6 (2), 375- 400.
- Thorne, S. & Murray, C. (2002). *Social constructions of breast cancer*. Doctoral Thesis. University of British Columbia: Vancouver, Canada.
- Turroja M. (2012, 15 de Agosto). *Autoestima*. Recuperado de <http://www.actualpsico.com/introduccion-a-la-autoestima>.
- Urcuyo, R., Boyers, E., Carver, C. & Antoni, M. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20 (2), 175-192. doi:10.1080/08870440512331317634
- Valcárcel, J. (2013). *Trastornos de las mamas*. Madrid: Merck.
- Vázquez, A., Jiménez, R. & Vázquez R. (2004). *Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española*. Universidad de Sevilla. Asociación Oncológica Extremeña. España.
- Villa, A. (1992). *Autoconcepto y educación*. Estudios y documentos, Gobierno Vasco: Vitoia
- Wimberly, R., Carver, C. & Antoni, M. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early



stagebreastcancer. *Psychology and Health*, 23 (1), 57-72. doi:
10.1080/1476832070120421.

Withe, C. (2000). *Psychooncology Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model*. Tesis Doctoral. University of Glasgow, Scotland.

Wyle, R. (1974). *The Self Concept*. University of Nebraska Press, Nebraska.

Yurek, D., Farrar, W. & Andersen, B. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 697-709.

Zagalaz, M. & Rodríguez, M. (2005). *Distorsión de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria en edad escolar. Intervención del profesorado de educación física*. Actas del V Congreso Internacional de Educación Física y Deporte en edad escolar. 195-197.



Anexos



ANEXO I

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
(TESIS DE PREGRADO)

Nombre del Estudiante(es): Tatiana Marín y Natalia Torres

Dirección de Correo Electrónico: titakren@hotmail.com-
natushat@gmail.com

Número de Teléfono Fijo: 2885888 -2475035

Número de Celular: 0995840784-0987299374

1. TEMA

“Impacto de la mastectomía en el Autoconcepto de mujeres con cáncer de mama”

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Según la OMS (2009), se prevé que el número de muertes globales por cáncer van a aumentar en un 45% entre 2007 y 2030 con cifras de 7,9 millones a 11,5 millones aproximadamente. A pesar del aumento general en los índices de mortalidad por cáncer, algunos tipos de tumores malignos, presentarán un ligero descenso en las tasas de mortalidad, principalmente en los países de altos recursos. Los nuevos casos de cáncer en el mismo período (2007-2030) se estiman que incrementarán de 11,3 millones a 15,5 millones (OMS, 2009).

En el Ecuador, según la última cifra del Registro Nacional de Tumores de SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer, 2009), indica que 14 de cada 100 ecuatorianos murieron de cáncer. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, Ecuador posee una de las tasas anuales más altas de cáncer en Latinoamérica con un 11,6% por ciento, de acuerdo al promedio de la región que alcanza un 9%. Siendo el cáncer de mama el tipo de tumor más frecuente en las mujeres, tanto en los países



del primer mundo como en los que están en desarrollo, posicionándose Ecuador en primer lugar en la aparición de cáncer de mama con una tasa de 35,4%, seguido del cáncer de piel con el 32%.

La gran variedad de cánceres tienen secuelas físicas importantes y en muchos casos el tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.) produce alteraciones corporales significativas, como por ejemplo: alopecia, caquexia, pérdida de un miembro del cuerpo, cambio en el color de la piel, las cuales generan como consecuencias alteraciones psicológicas de distintos tipos. La literatura oncológica y psicológica han prestado especial atención a estos efectos que a nivel psicológico genera el cáncer, especialmente el de mama provocando cambios en: la imagen corporal y autoestima. Por tanto, la nueva autoimagen que cada mujer se forme, luego del cáncer o de los tratamientos, dependerá de cómo perciba su cuerpo y de los sentimientos que éste le genere, al verse, al tocarse, al desvestirse, al percibir aceptación o rechazo a nivel familiar y social. (Manos, Bueno & Mateos, 2007).

En cuanto al contexto social el pecho de la mujer tiene una estrecha relación con la integridad e identidad de la mujer. En la sociedad local donde se otorga gran valor al seno, considerándolo como elemento constitutivo de la femineidad de cada mujer; además posee gran importancia en el ámbito de la sexualidad y atractivo físico, siendo un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual y por ser fuente de placer. En fin, la mama como símbolo constitutivo de la femineidad se lo relaciona primordialmente con la maternidad y la lactancia; es por este motivo que, para algunas mujeres sufrir cáncer y que éste afecte su corporalidad, sea por la propia enfermedad, o como consecuencia del tratamiento, supone renunciar a sus deseos de tener hijos. (Aguilar, Neri, Mur & Gómez, 2013).

Cuando una mujer se enfrenta al diagnóstico de cáncer de mama y a sus posibles tratamientos, el miedo a la posible extensión y reaparición de la enfermedad es inevitable; sin embargo, durante el proceso de tratamiento, la supervivencia es el factor principal, pudiendo desplazarse a un lugar secundario las preocupaciones como la desfiguración física, la pérdida de atractivo sexual o las alteraciones asociadas a



los efectos de los tratamientos; provocando así que muchas mujeres no expresen abiertamente estas preocupaciones.

De esta manera, surge el interés por estudiar, las distintas consecuencias que generan el cáncer de mama y sus tratamientos, conocer cómo se encuentra el autoconcepto de las mujeres afectadas de cáncer, que se han sometido a una mastectomía. El autoconcepto en mujeres mastectomizadas es un elemento clave que puede afectar el nivel de afrontamiento, ya que la neoplasia mamaria y sus tratamientos van a afectar directamente la autoestima, la identidad femenina, la imagen corporal y las relaciones afectivo-sexuales de la mujer que la padece. (Vázquez, Antequera & Blanco A. 2010).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es el autoconcepto de mujeres con cáncer de mama que han sido sometidas a una mastectomía?

4. HIPÓTESIS

La mastectomía influye, en el autoconcepto de las mujeres que presentan cáncer de una manera negativa.

5. OBJETIVOS

- Objetivo general

Identificar los efectos que tiene la mastectomía en el autoconcepto de una mujer con cáncer de seno.

- Objetivos específicos

- Describir el autoconcepto de mujeres mastectomizadas.
- Identificar los posibles variables sociodemográficas que influyen en el autoconcepto de mujeres mastectomizadas.
- Determinar el grado de afección del autoconcepto, en las mujeres mastectomizadas.



6. JUSTIFICACIÓN

En el medio local no se han establecido investigaciones acerca del autoconcepto a nivel general, ni como este podría estar afectado debido a un tratamiento quirúrgico de mastectomía por la que atraviesan muchas de las mujeres que tienen cáncer de mama. Es así que nace el interés de poder identificar como los elementos que intervienen en el autoconcepto sufren alguna alteración en las mujeres que presentan un cáncer de mama, y que se han realizado una mastectomía radical.

La mastectomía en sí es percibida como una mutilación, acompañada de sentimientos de ansiedad, temor e incertidumbre, que afecta la estabilidad de la persona en la parte afectiva, física, cognitiva y social, volviéndose un problema, hasta que se supere el proceso de pérdida y se llegue a una adaptación. (Hernández, Guinot & Honrubia, 2010).

Hoy en día el tema de la Psico-oncología, se está abriendo paso en el medio local, y dentro del área de la Oncología, en general, con investigaciones acerca de cómo el cáncer y sus diferentes tratamientos tienen efectos psicológicos en los pacientes que padecen algún tipo de cáncer, como por ejemplo la mutilación de la mama supone una pérdida en varias dimensiones para una mujer, entre ellas el autoconcepto, considerado un elemento fundamental que influirá, en lo posterior, en el estilo de afrontamiento y en la supervivencia.

Es por esta razón que emerge una motivación por investigar esta problemática, debido a que en el país el cáncer de mama es el de más incidencia, pretendiendo con esta tesis aportar para que en investigaciones posteriores se realicen intervenciones específicas, centrándose en el aspecto psicológico y tipo de cáncer. De esta manera en el presente trabajo de investigación se aborda específicamente el cáncer de mama que, a pesar de todo el proceso de enfermedad y tratamiento que implica, en la gran mayoría de los casos las mujeres que padecen de cáncer de mama refieren que sus principales fuentes de tensión y malestar radican en el descontento corporal, por lo que la intervención terapéutica resultaría crucial.



Mientras que la aceptación de esta nueva imagen, constituirá un modo de afrontar el cáncer; convirtiéndose esta enfermedad en una nueva forma de vida, la cual, se puede sobrellevar de una manera más adecuada y menos perturbable.

En fin cabe recalcar un importante estudio de caso que se ha realizado en Ecuador, sobre “Comportamiento psicológico, social y familiar de la mujer sometida a mastectomía”, que concluyo que las emociones como: miedo, tristeza, llanto, negación, estuvieron presente en la mujer y entre los familiares, durante el diagnóstico de cáncer y frente a la noticia de la cirugía. Además el cáncer de mama afectó su sexualidad, autoimagen, feminidad y autoestima; así mismo vemos el gran impacto en este último aspecto; ya que establecieron grandes diferencias en su autopercepción antes y después de la enfermedad. (Verdugo A., 2009).

7. MARCO TEÓRICO

El cáncer es la descripción que se le ha dado a una enfermedad terminal, aunque hay que recalcar que el cáncer no solo es una enfermedad sino un conjunto de enfermedades, pues existen más de 100 tipos de cáncer diferentes conocidos hasta el momento. La mayoría de los cánceres toman por nombre el lugar o región corporal donde se ubican. Su proceso de germinación consiste en que células anormales se dividen sin control y muchas veces llegan a esparcirse por todo el cuerpo invadiendo cada célula en diferentes tejidos, órganos, aparatos y/o sistemas. Por tal razón el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de muerte del siglo XX, entre los tipos de cáncer más comunes están: el cáncer de vejiga, cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de colon y recto, leucemia, entre otros. (Instituto Nacional del Cáncer EEUU, 2013).

El cáncer de mama en las mujeres, se forma en los tejidos de la mama, por lo general en los conductos (tubos que llevan leche al pezón) y los lobulillos (glándulas que producen leche). En cuanto a la etiología del cáncer de mama, se infieren varias causas entre las más destacadas están la predisposición genética, la dieta, consumo de alcohol, tabaco, factores hormonales reproductivos y la pertenencia al género



femenino incrementa la probabilidad para contraer esta enfermedad. (Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, 2013).

El tratamiento puede considerarse muy doloroso y traumático para la paciente, en la actualidad existen una gran variedad de modalidades terapéuticas y su aplicación depende del nivel de gravedad o extensión tumoral, como de su localización, principalmente. Por otro lado, existen otros tratamientos que se encuentran en evaluación y ensayos clínicos. Entre los tipos de tratamiento más utilizados para el cáncer de mama, (Die Trill M & Die Goyanes A, 2003) destacan los siguientes:

- Radioterapia: Tratamiento en el que se usan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan.
- Quimioterapia: Se usan medicamentos para interrumpir el crecimiento de las células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o impidiendo su multiplicación. La forma en que se administre la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que se está tratando.
- Terapia con hormonas: Es un tratamiento mediante el que se extraen las hormonas o se bloquea su acción y se impide el crecimiento de las células cancerosas.
- Cirugía: Consiste en la extirpación de la masa tumoral y en algunos casos de parte de tejido sano, con fines preventivos, mediante técnicas quirúrgicas. Entre los tipos de cirugía que se utilizan para el tratamiento del cáncer de mama se encuentra la mastectomía.
- Mastectomía: Cirugía para extirpar parte o toda la mama que tiene cáncer; este procedimiento también se llama mastectomía simple. Se pueden extraer algunos de los ganglios linfáticos de abajo del brazo para someterlos a una biopsia, que es un procedimiento a través del cual se extrae una pequeña muestra viva del cuerpo, en este caso del ganglio linfático, en el mismo momento de la cirugía o después de esta, para ser examinada con un microscopio, así se busca signos de daño o enfermedad.

La mastectomía no se realiza solamente con fines curativos, sino que además se realiza para poder dar un diagnóstico, con lo cual la mujer se enfrenta a una situación de incertidumbre al tener que esperar dicha información médica, que pudiera ser



amenazadora, a más de que se enfrenta a la amputación mamaria, lo cual está relacionado directamente con un cambio en su autoestima, imagen corporal e identidad sexual. (Die Trill M & Die Goyanes A, 2003).

Burns (1982) interpreta el autoconcepto como *“La conceptualización de la propia persona hecha por el individuo, afectada además por connotaciones emocionales y evaluativas poderosas”* (citado en Saura, 1996). Esta evaluación propia dice Burns, está formado por un conjunto de actitudes hacia sí mismo e integrado además por dos elementos: el descriptivo (autoimagen) y el valorativo (autoestima).

La autoestima es la actitud o sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, que se basa en la evaluación de uno mismo; la autoimagen por otro lado incluye la percepción que se tiene de todo el cuerpo y sus diferentes partes, el movimiento, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y el modo de comportarse derivados de las cogniciones y experiencia.

Según Solís, (1997), todas las actividades que realizamos cotidianamente las reflejamos con la imagen que damos y tenemos de nosotros mismos. Es común encontrarse con situaciones donde una persona que se percibe capaz, inteligente, persistente, autónoma, independiente, etc., generalmente alcanza sus metas con éxito. Por el contrario, cuando un individuo se asume inseguro, incompetente, dependiente, incapaz etc: probablemente no posea la seguridad y confianza necesarias para lograr sus objetivos con éxito. (García P, Mújica y Gutiérrez R. 2011).

La satisfacción con el cuerpo determina el concepto e imagen que se tiene de uno mismo, como la forma de relacionarse con el entorno, numerosos estudios muestran como la insatisfacción con la imagen de uno mismo está asociada a una baja autoestima, pobre autoconcepto, ansiedad interpersonal, problemas sexuales y trastornos depresivos. (Fernández, 2006).

El cuerpo está ligado a la identidad ya que cada persona le da su propio significado, lo cual tiene una fuerte influencia social; respecto a la temática que aborda la presente



investigación, es aquí donde el medio influirá dando distintos significados y funciones a las mamas (Pintado, 2009), entre los más destacados cuentan:

- Función de Alimenticia Biológica: La madre es la que proporciona la alimentación, es decir la mama será vista como símbolo de alimentación, también se relaciona con la maternidad.
- Función Identificadora: Unos de los más significativos caracteres sexuales de identificación de género constituye el desarrollo mamario, un esencial símbolo de la femineidad.
- Función Erógena: Las mamas son órganos que tienen un particular significado erótico con ellas mismas y con su pareja. (Pintado, 2009).

Existen varias investigaciones donde se ha relacionado la mastectomía, con el autoconcepto, incluyendo diversas variables una de ellas: “Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama”, realizada en España y México, en la cual se contó con la participación de 72 mujeres mastectomizadas. De ellas, 30 correspondieron a México y 42 a España; se recogieron datos de variables sociodemográficas y las mujeres respondieron a preguntas sobre su historia clínica personal y familiar. Se aplicó además la escala validada BIS de autoestima y de imagen corporal de Hopwood, concluyendo que el contexto social influye en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama; la ocupación laboral y el grado de escolaridad fueron determinantes en la percepción de la misma. (Aguilar, Neri, Mur & Gómez, 2013).

8. ENFOQUE CUALI-CUANTITATIVO

Nuestro estudio es de tipo descriptivo y tiene dos enfoques, que hacen de él, un trabajo más explícito. En primera instancia la metodología cualitativa, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, especialmente del comportamiento humano. En este caso buscamos entender desde la visión de las pacientes (entrevista semiestructurada), los cambios que se han dado en el auto concepto luego de una mastectomía.



También podemos encontrar una parte de investigación cuantitativa que como ya sabemos es la que permite examinar los datos de manera numérica, en nuestro estudio tratamos de dar una explicación a los elementos que constituyen el autoconcepto a través de la medición de estos por medio de escalas, las cuales nos darán datos específicos.

Alcance

Comprender como se encuentra formado el autoconcepto de mujeres mastectomizadas e identificar posibles factores de riesgo que pueden producir tensión y malestar. Así mismo intentamos contar con datos de nuestro contexto ya que actualmente no los hay, para mejorar la calidad de las personas que padecen cáncer de mama, ya que al conocer el impacto de la mastectomía en el autoconcepto de mujeres, justifica la necesidad de desarrollare programas de intervención psicológica destinadas a mejorar la adaptación a la enfermedad.

Es así que se intenta interpretar y dar sentido a las vivencias, experiencias personales tanto físicas y psicológicas, relacionándolas además con las variables sociodemográficas y el entorno de las mujeres mastectomizadas.

Muestra

La muestra es de tipo intencional y se compondrá de las pacientes mujeres que han llegado a F.U.P.E.C (Familias Unidas por los Enfermos del Cáncer), en el año 2014 (de Enero a Junio), que han sido diagnosticadas de cáncer de mama hace más de un año y sometidas a una mastectomía.

Criterios de Inclusión

- Pacientes que acepten formar parte de la investigación y que han firmado el debido consentimiento informado.
- Pacientes con cáncer de mama, Estadios I, II y III.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de 6 meses o más.
- Con mastectomía radical unilateral.



- Mujeres a quienes se les pudo haber realizado una mastectomía como tratamiento de primera elección.
- Tener una instrucción básica; es decir saber leer y escribir.
- Pacientes que no presenten enfermedades oncológicas anteriores.
- Pacientes sin trastornos psicológicos diagnosticados.
- Mayores de 18 años.
- Mujeres que no han sido sometidas a cirugía reconstructiva de la mama.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con deterioro de su estado de conciencia.
- Pacientes con 1 mes de diagnóstico o menos de 6 meses.
- Menores de edad.
- Pacientes con antecedentes oncológicos.
- Pacientes con trastornos psicológicos diagnosticados.
- Pacientes con amputaciones previas en su cuerpo.
- Pacientes que no se encuentran recibiendo tratamiento en la actualidad
- Pacientes en período de remisión.
- Pacientes con Cáncer de mama estadio IV

Instrumentos de Recolección de Datos

- Cuestionario Sociodemográfico: Donde se encontraran datos generales e información en general de las participantes.
- Entrevista Semiestructurada: Nos ayudara a conocer con más detalle, como ha afectado la mastectomía en estas mujeres. Esta encuesta estará compuesta por preguntas abiertas.
- Consentimiento Informado: Permiso mediante el cual realizamos nuestra investigación en el grupo de muestra, sin ningún tipo de conflicto legal.
- Escala: Autoestima e imagen corporal, para determinar el estado actual del autoconcepto de la muestra.
 - Escala de Imagen Corporal de Hopwood y Cols (BIS), 2001: Consta de 10 ítems con formato de respuesta en escala Likert de cuatro alternativas, con un rango de 0 (nada) a 4 (mucho); presentando además una fiabilidad 0.93.



- Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), 1965: Consta de 10 ítems, la mitad de los cuales están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Ha sido validada en la población española y presenta buena una fiabilidad y validez de 0.87.

Procesamiento de Datos

Los datos de las entrevistas serán procesados a través, transcripciones exactas en una libreta, grabaciones, registros anecdóticos y resúmenes inmediatos después de la entrevista, el análisis cualitativo de esta investigación se efectuará por medio del el software Atlas. Ti. Para el análisis de los resultados de las escalas, es decir el análisis de la información cuantitativa se utilizará el software SPSS.

Procedimiento de Investigación

En primer lugar se elaboró el estado del arte sobre el problema de investigación, a partir del cual se desarrolló el marco teórico, la formulación de los objetivos, la elaboración y selección de los instrumentos de recolección de datos.

En segundo lugar, se procederá a la conformación del grupo de la muestra, que estarán bajo los criterios de inclusión y exclusión planteados, una vez que hayan aceptado formar parte de la investigación mediante la firma del consentimiento informado y estén de acuerdo con los objetivos y fines de la investigación se les aplicará una serie de entrevistas para obtener los datos planteados en la investigación a través de los siguientes instrumentos de entrevista semiestructurada, ficha sociodemográfica, aplicación de las escalas y cuestionarios.

Finalmente para el análisis de la información cuantitativa se utilizará el software SPSS y para el análisis cualitativo el software Atlas. Ti versión 6 y se logrará finalmente la conclusión y recomendaciones del trabajo.



11. FUENTES CONSULTADAS

- Aguilar, M., Neri, M., Mur. N., y Gómez E. (2013). *Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama*. Universidad de Granada. Nutr Hosp. 2013; 28 (5):1453-1457. ISSN 0212-1611.
- Albo. M., Núñez, J., Navarro, L. y Grijalvo, F. (2007). *The Rosenberg Self-Esteem Scale*. Translation and Validation in University Students. The Spanish Journal of Psychology 2007; 10(2):458–467.
- Asociación Española contra el cáncer. (2009). *Cáncer de mama*. Madrid: Asociación Española contra el Cáncer. Disponible en: <http://www.todocancer.com> recuperado: 21 de enero 2014. 19:00.
- Barreto, P., Pintado, M.S., Giménez, J., Quilis, M., Asensio, I., Fando, T., García, S., y Vázquez, C. (2010). *La imagen corporal en pacientes con cáncer de mama*. 16th SIS World Congress y 29 Congreso Nacional SESP, 20-22 de Octubre de 2010, Valencia.
- Barreto, P., y Pintado, S. (2011). *Imagen corporal y cáncer de mama*. Revista de Senología y Patología Mamaria, 24 (2): 54 -59.
- Brennan J. (2010). *Adjustment to cancer - coping or personal transition Psychooncology*. EEUU.
- Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. (2013).. *¿Cuáles son los síntomas?*. Fuente del contenido: División de Prevención y Control del Cáncer. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm. Recuperado: 22 de enero del 2014. 19:00.
- Die, Trill. M., y Die Goyanes, A. (2003). *El cáncer de mama*. p. 165-84.En: Die Trill M, editor: Psico-Oncología. Madrid: ADES.
- Fernández I. (2006). *Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos*. Asociación Española Contra el Cáncer. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Gallar M. (2007). *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al paciente*. Madrid-España; 4ta edición: THOMSON.



- García, P., Mújica y Gutiérrez, R. (2011). *Diferencias en el autoconcepto por sexo en la adolescencia: construcción y validación de un instrumento*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Hernández, A., Guinot, V., y Honrubia, V. (2010). *Cáncer E Imagen: El Duelo Corporal*. Servicio de Hematología y Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario. Valencia. Junta Asociada Provincial de Valencia de la AECC.
- Holland, J.C., Breitbart, W., y Jacobsen, P.B. (1998). *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Holland, J., y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. España: Herder.
- Instituto Nacional del cáncer, de los institutos nacionales de salud. EEUU. (2013). *Tipos comunes de cáncer en la población general*. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/HealthProfessional/page5#top>. Recuperado: 22 de enero. 22:55
- Instituto Nacional del cáncer, de los institutos nacionales de salud, EEUU. *Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento*. Recuperado: 19 de noviembre 2013. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/HealthProfessional/page5#top>. 22 de diciembre.14:00
- Nieto, G. (2013.). *El cáncer de mama, desde una perspectiva de la experiencia*. Trabajo de fin de grado. Universidad de Cantabria. España.
- Noticias quieto, sociedad, (2014). *Cáncer de mama considerada primera causa de muerte de mujeres en Quito*. Revista en línea. Disponible en: http://www.noticiasquito.gob.ec/Noticias/news_user_view/cancer_de_mama_considerada_primera_causa_de_muerte_de_mujeres_en_quito--7641. Recuperado: 09 de enero 2014.00:55
- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. Tercera edición. México: THOMSON.



- Pintado. S. (2009). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. España.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J., y Mateos, N. (2007). *Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial*. *Clínica y Salud*, 2007, vol. 18 n.º 2 - Págs. 137-161. ISSN: 1135-0806.
- Spencer, S.M., Carver, C.S., y Price, A.A.: *Psychological and social factors in adaptation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Vázquez, J., Antequera, R. y Blanco, A. (2010). *Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama*. Universidad de Sevilla. Asociación Oncológica Extremeña. España.
- Villegas M. (2009). *Ansiedad y Depresión en Mujeres Mastectomizadas*. Centro de Investigaciones de la Universidad Católica Popular del Risaralda en la convocatoria N° 006 de 2006 y perteneciente al grupo Clínica y Salud Mental.
- Verdugo A. (2009). *Comportamiento Psicológico, Social Y Familiar De La Mujer Sometida A Mastectomía*. Facultad de ciencias médicas. Universidad estatal de Cuenca. Ecuador.
- Juárez D. y Hernández R. (2011). *Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama*. *Revista Electrónica Nova Scientia*. Universidad De La Salle Bajío. México



ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTRUCTIVO PARA LA PACIENTE

TÍTULO: “El Impacto de la Mastectomía en el Autoconcepto de mujeres con Cáncer de mama”

AUTORAS: Tatiana Marín y Natalia Torres

TELÉFONOS: 2885888 -2475035

INTRODUCCIÓN

Antes de participar en esta investigación, se le va a proporcionar verbalmente al participante toda la información sobre el estudio que se pretende realizar con un grupo de personas a quienes se les ha operado del seno (mastectomía), también se le informa que lea cuidadosamente el presente documento, si después de haberse informado decide entrar en este estudio, deberá firmar el consentimiento en el lugar indicado y entregarlo a las autoras de la investigación. A los participantes de esta investigación se les entregara una copia de dicho consentimiento informado.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La finalidad de esta investigación es determinar el impacto psicológico, de la mujer que se ha sometido a una operación del seno (mastectomía).

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

Se le explica al paciente que una vez que decida participar en el estudio, que se le hará preguntas sobre el impacto de la operación del seno (mastectomía), en su imagen, como se siente a más de la influencia las variables sociales, etc. El tiempo de la entrevista será de dos horas, los pacientes fijaran el día, la hora y el lugar en el que desee de su experiencia(o si lo requiere se proporcionarán las oficinas de FUPEC), también se le aplicara unas escalas la misma que contiene datos sumamente valiosos para el estudio, el objetivo es captar toda la información sobre su caso. Así mismo se le informa que se llenara una ficha sociodemográfica donde se guardara confidencialidad con respecto a sus datos personales, las investigadoras con la ayuda de libreta y una grabadora recopilará toda la información.

CONFIDENCIALIDAD

Sólo las investigadoras tendrán acceso a los datos confidenciales que identifican a la paciente como es su nombre, su identificación no aparecerá en ningún informe ni publicación resultante del presente estudio.



PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en el estudio es libre y voluntaria. Usted puede negarse a participar o puede interrumpir su participación en cualquier momento durante el estudio, sin perjuicio alguno, ni pérdida de sus derechos.

CONTACTOS

En el caso que usted necesite más información acerca de la investigación, le sugiero que se dirija a las direcciones de correo electrónico: titakren@hotmail.com o natushat@gmail.com o a los números de celular: 0995840784-0987299374.



ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con cedula de ciudadanía N° _____ domiciliada en _____, en pleno uso de mis facultades y por propio derecho expongo:

He leído y entendido este consentimiento informado, también he recibido respuestas a todas mis preguntas, por lo que acepto voluntariamente participar en este estudio. Por lo tanto conozco que como consecuencia de mi participación solo se creará un vínculo para los fines determinados y mi colaboración no será objeto de remuneración. Al firmar este documento no renuncio a mis derechos como persona, pudiendo, de ser necesario recurrir a cualquier medio legal en defensa de mis intereses.

Suscribo en unidad de acto

_____	_____	_____
Nombre de la participante	N° Cédula	Firma
_____	_____	_____
Nombre de la Investigadora	N° Cédula	Firma
_____	_____	_____
Nombre de la Investigadora	N° Cédula	Firma

Cuenca a _____ del 2014



ANEXO IV

ESCALA DE IMAGEN CORPORAL DE HOPWOOD Y COLS (BIS)

En este cuestionario se le va a preguntar sobre cómo se siente en relación a su apariencia y a los cambios que ha experimentado como resultado de la enfermedad y los tratamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada ítem y marque con una cruz aquella respuesta que mejor se ajuste a la manera cómo se ha sentido durante la semana pasada.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Se ha sentido avergonzada/o por su apariencia?				
2. ¿Se siente menos atractiva/o físicamente a causa de su enfermedad o su tratamiento?				
3. ¿Se ha sentido insatisfecha/o con su apariencia estando vestida/o?				
4. ¿Se ha sentido menos femenina como consecuencia de su enfermedad o tratamiento?				
5. ¿Le resulta difícil mirarse estando desnuda?				
6. ¿Se ha sentido menos atractiva sexualmente a causa de su enfermedad o el tratamiento?				
7. ¿Evita usted a las personas debido a cómo se siente por su apariencia?				
8. ¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo incompleto?				
9. ¿Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?				
10. ¿Se ha sentido insatisfecha con la apariencia de su cicatriz?				



ANEXO V

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSES)

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más adecuada:

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona de aprecio, al menos, en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho de mí mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				



ANEXO VI

PREGUNTAS TENTATIVAS DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Mediante la entrevista intentamos adquirir información a más de identificar pensamientos, actitudes, conductas de una paciente con mastectomía.

CATEGORÍAS

- Noticia del diagnóstico de cáncer

¿Qué sintió ante la noticia de padecer cáncer?

¿Qué cosas pensó en ese momento?

- Mastectomía

¿Cómo se sintió cuando le dijeron que tenían que extirparle el seno?

¿Estuvo usted de acuerdo?

¿Qué significó para usted perder su seno?

¿Cuán importante es el seno para usted?

¿Considera que el seno es importante para las demás personas?

¿Qué conflictos ha tenido con la mastectomía?

¿Se arrepiente usted de haberse operado?

¿Qué aspectos de su vida cambiaron después de la mastectomía?

- Aspecto social

¿Realiza las mismas actividades cotidianas?

¿La gente ha sido solidaria con Ud.? ¿Y de qué manera?

¿Ha perdido amigos después de la operación?

¿Preferiría estar sola?

¿Sigue usted trabajando igual que antes?

¿Cree usted que el afecto de los otros es sincero?

- Fuentes de apoyo

¿Piensa usted que ha necesitado de apoyo?

¿Recibe apoyo? ¿De quién?

¿Qué piensa usted que le ayudado a sobrellevar esta situación?

¿Su familia como ha reaccionado?

¿Se ha sentido usted abandonada?

¿Recibe o ha recibido Apoyo Psicológico?



¿La religión le ha ayudado a superar su problema?

- Autoconcepto

¿Cómo se siente ahora?

¿Cómo se describiría a usted misma ahora mismo?

¿Qué pensamientos tiene?

¿Qué emociones?

¿Qué percepciones sobre su imagen tiene ahora?

¿Sigue siendo atractiva?

¿Influye en su vida la cicatriz? ¿Cómo?

¿Ha cambiado su forma de vestir? ¿En qué?

- Relaciones con pareja

¿Cuán importante es el seno para su pareja? ¿Cómo?

¿Qué papel tiene el seno en la intimidad?

¿Siente satisfacción sexual cuando está con su pareja?

¿En general que es lo positivo que rescata de toda esta enfermedad?

¿En general que es lo negativo que rescata de toda esta enfermedad?



ANEXO VII

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

INFORMACIÓN GENERAL

Edad _____ Residencia actual _____
Jefe de Hogar _____ Entrada financiera Mensual _____
Religión _____

- Estado Civil

- | | | |
|------------|---------------|----------------|
| 1. Soltera | 2. Con Pareja | 3. Unión libre |
| 4. Casada | 5. Separada | 6. Divorciada |
| 7. Viuda | | |

- Situación laboral actual:

1. Empleada Trabaja en: _____
2. Ama de casa
3. Estudiante
4. Incapacidad laboral transitoria
5. Incapacidad laboral permanente
6. Jubilada
7. Desempleada
8. Otros _____

- Nivel de estudios:

1. Sin estudios
2. Estudios primarios
3. Bachillerato elemental
4. Bachillerato superior en:

5. Diplomatura en:

6. Otros

- Cuidador principal:

- | | | |
|--------------------|-----------|----------|
| 1. Propia Paciente | 2. Pareja | 3. Hijos |
|--------------------|-----------|----------|



4. Padres

5. Otros

INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

En que institución de Salud se atiende

Antecedentes personales _____ patológicos

Antecedentes ginecobstétricos _____ clínicos

Antecedentes clínicos patológicos familiares

- Conocimiento del diagnóstico:

1. No es conocedora 2. Diagnosticada con

- Conocimiento del tratamiento y curso de la enfermedad:

1. No es conocedora 2. Tratamiento que mantiene

- Conocimiento del pronóstico/gravedad:

1. No es conocedora 2.
Pronostico _____

- Años de tratamiento

1. Un año 2. Dos años 3. Otros