



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

SELENE GUEVARA CHÁVEZ

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

REVISORA: MTRA. BLANCA ROSA GIRÓN HIDALGO



Ciudad Universitaria, CDMX

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“La vida no es como uno la vivió,
sino como uno la recuerda y cómo
la recuerda para contarla.”

Gabriel García Márquez

“Aquellos que no aprenden nada de los hechos
desagradables de sus vidas, fuerza a la conciencia cósmica
a que los reproduzca tantas veces como sea necesario
para aprender lo que enseña el drama de lo sucedido.
Lo que niegas te somete; lo que aceptas te transforma.”

Carl Gustav Jung

A Paty Pérez Chávez †

AGRADECIMIENTOS

A mis padres: por su apoyo incondicional, su paciencia a lo largo de mi vida, pero sobre todo por su amor absoluto e infalible. A mi mamá Carmen Chávez por su belleza interior y su enorme apoyo en cada momento, por su bondad y benevolencia; a mi papá Marco Antonio Guevara por su nobleza, valentía y fortaleza, con su carácter irascible nos dio una buena formación. A mi hermano Marco por su cálida compañía y por ser un gran compañero de vida.

A Alan, por su apoyo constante, por los grandes momentos compartidos, por su elocuencia y grandes consejos. Por nuestro inmarcesible e inefable amor.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi *alma mater*, por los buenos momentos y los grandes conocimientos adquiridos, por el orgullo de pertenecer a una grandiosa universidad. Agradezco también, a mis profesores de la Facultad de Psicología por su pericia y sus enseñanzas.

A mis sinodales, en especial a la Mtra. Lilia Joya por sus valiosas observaciones y el interés que mostró en el presente trabajo.

A las asociaciones *Conocer para Vivir* y *Toca Compartir es Vivir* por abrirme amorosamente las puertas. Especialmente a la asociación *Conocer para Vivir* que me permitió conocer a personas maravillosas y por la experiencia adquirida en la psico-oncología.

A las mujeres guerreras que hicieron posible esta investigación, por su fortaleza y su valentía.

A mis amigos de la Facultad, por su amistad y los buenos ratos de charla, pero sobre todo por ser unos grandes colegas. Gracias Priscila por las aportaciones a mi trabajo y por los excelentes consejos personales y profesionales.

A mi familia: mis abuelitos, tíos, primos y sobrinos, gracias por su cariño, ustedes serán siempre mi hogar.

A mis amigos de la vida, aunque son pocos son los mejores. Gracias por las risas y los buenos momentos.

ÍNDICE

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Capítulo 1. Cáncer de mama	13
1.1. ¿Qué es el cáncer?	14
1.2. ¿Qué es el cáncer de mama? Aspectos generales del seno femenino ...	16
1.2.1. Epidemiología del cáncer de mama	18
1.2.2. Factores de riesgo	19
1.2.3. Diagnóstico	20
1.2.4. Tratamiento	21
Capítulo 2. Imagen Corporal	24
2.1. ¿Qué es la imagen corporal?	25
2.2. Alteraciones en la Imagen Corporal	28
2.3. ¿Cuáles son los factores que influyen en la aparición de la imagen corporal negativa?	33
2.4. ¿Qué reduce el riesgo de desarrollar una imagen corporal negativa?	39
Capítulo 3. Autoestima	41
3.1. Baja Autoestima	47
3.1.1. Causas de la baja autoestima	51
Capítulo 4. Aspectos psicológicos en las mujeres con cáncer de mama	57

Capítulo 5. Método	65
1. Planteamiento del problema	65
1. Pregunta de investigación	65
2. Objetivo general	65
2.1. Objetivos específicos	66
3. Hipótesis	66
4. Variables	67
5. Muestra	68
6. Instrumentos	69
7. Tipo de estudio	71
8. Diseño	71
9. Procedimiento	71
Capítulo 6. Resultados	73
Capítulo 7. Discusión	82
Conclusiones	88
Limitaciones y sugerencias	91
Referencias	92
Anexos	100

Resumen

El número de casos nuevos de cáncer de mama en las mujeres de nuestro país ha aumentado considerablemente a lo largo de la última década. Por lo regular las mujeres son diagnosticadas en etapas muy avanzadas de la enfermedad por lo que la mastectomía radical modificada pasa a considerarse como el tratamiento primario. El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama suele alterar el aspecto físico de las pacientes y producirles importantes secuelas psicológicas. Para evaluar el nivel de satisfacción con el resultado estético, así como la autoestima y la imagen corporal de estas mujeres, se estudiaron un total de 20 pacientes. Para ello, en el presente estudio se empleó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y el Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover (DFH). Los resultados revelaron que, en general, las mujeres con mastectomía radical presentan insatisfacción con su imagen corporal, así como baja autoestima, además de conflictos sexuales y problemas psicosociales.

Palabras clave: Cáncer de mama, mastectomía radical modificada, imagen corporal, autoestima.

Abstract

The number of new cases of breast cancer in woman has grown considerably within our country this last decade. Usually woman find themselves in already advanced stages of the disease, that a Modified Radical Mastectomy comes into consideration as the primary treatment. The surgical treatment of breast cancer often alters the physical aspects of the patients and produces important psychological consequences. To evaluate the level of satisfaction with the aesthetic results as with self-esteem and corporal image of these woman, 20 patients were studied. To accomplish this, in the present research, The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS) and Karen Machover's Human Figure Drawing (HFD) were used. The results demonstrated that, in general, woman with Modified Radical Mastectomy exhibit dissatisfaction with their corporal image, as well as low self-esteem, aside from sexual conflicts and psychosocial problems.

Keywords: Breast Cancer, Modified Radical Mastectomy, Body Image, Self Esteem.

Introducción

En la actualidad, el cáncer de mama es un tema de salud pública demasiado preocupante y de gran impacto mundial debido a su alta prevalencia e incidencia. El estado epidemiológico de esta enfermedad obliga a la comunidad científica a proseguir con incesantes esfuerzos para aprovechar al máximo y darles mayor difusión a los medios diagnósticos existentes; para “atacar” oportunamente la enfermedad y encontrar el tratamiento efectivo para su curación total. El cáncer de mama ocurre casi exclusivamente en las mujeres, para los hombres el riesgo de presentar este tipo de cáncer representa aproximadamente el 0.1% [1 en 1000] (American Cancer Society [ACS], 2014).

El cáncer de mama había sido considerado como un padecimiento con gran predominio en los países desarrollados, sin embargo, en las últimas décadas el número de casos nuevos se ha incrementado de manera significativa en los países en desarrollo, lo que ha generado un problema médico y económico de gran magnitud en los sistemas de salud mundial (Bray, Mc Carren y Parkin, 2004; Kamangar, Dores y Anderson, 2006 en Beltrán, 2013). A pesar de que el diagnóstico de casos nuevos predomina en los países desarrollados, la mayoría de las muertes se dan en países de ingresos medios debido a que la enfermedad suele ser diagnosticada en etapas muy avanzadas. De acuerdo con estadísticas realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2012 se registraron 1, 671,149 casos nuevos de cáncer de mama en el mundo y fallecieron por esta causa 521,907 mujeres. En México, el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la población femenina y ocupa la segunda posición de registros nuevos de cáncer en la población mexicana en general¹.

¹ El Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) es un sistema de información epidemiológica que permite conocer la frecuencia y distribución del cáncer a nivel nacional. Antes de los años 90's no existía este sistema de información (2006 en Secretaria de Salud [SSA], 2011)

La gravedad y preocupación mundial a causa del cáncer de mama es demasiado notoria; por ejemplo, el 19 de octubre se conmemora el Día Mundial en Contra del Cáncer de Mama, en esta fecha principalmente se busca sensibilizar a la población de que cuánto más temprano se realiza un diagnóstico más posibilidades habrá de erradicar la enfermedad.

Un diagnóstico de cáncer de mama supone un importante impacto emocional debido a que las mujeres tienen que asumir el hecho de que padecen una enfermedad que amenaza potencialmente su existencia. Es por ello que, el diagnóstico de cáncer de seno suele ser emocionalmente devastador para la mujer que lo padece. El diagnóstico de esta enfermedad generalmente provoca reacciones de sobresalto y negación; así como sentimientos de miedo y ansiedad (Harber y Laborini, 2003 en Beltrán, op. cit.).

Simultáneamente, estas mujeres deben enfrentarse ante un gran número de información médica para que así puedan elegir el tratamiento más adecuado. El tratamiento también supone una situación sumamente estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico. Con frecuencia, el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de las personas que lo padecen. Por ejemplo, los tratamientos adyuvantes -como la quimioterapia- son generadores de alopecia, disminución de peso, cambios en la coloración de la piel, entre diversos efectos secundarios. Estos cambios suelen ser temporales, como la caída del cabello, o permanentes, como los efectos provocados por la cirugía.

De todos los tratamientos contra el cáncer de mama, el que es percibido como más agresivo y devastador es la mastectomía radical. Este tratamiento quirúrgico hasta la fecha sigue considerándose como el tratamiento primario debido a que la mayoría de las pacientes son diagnosticadas en etapas muy avanzadas de la enfermedad. La mastectomía radical es la extirpación de toda la mama y de la mayoría de los ganglios linfáticos axilares y el drenaje linfático, conservando los músculos pectorales (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2015). La asimetría provocada por la cirugía se acompaña de un fuerte desequilibrio psíquico y vivencial; esta mutilación influye de forma negativa en la imagen corporal de la paciente hasta el punto de producir severas reacciones de ansiedad, graves trastornos depresivos y problemas de tipo sexual (Anderson y Johnson, 1994; Carlsson y Hamrin, 1994; Freedman,

1994; Stanton y Reed, 2003; Maguire, 1976; Maguire, 1978; Hughes, 1982 y Beckmann, 1983 en Borda, M.; Pérez, M.; Rincón, M. y Rodríguez, A; 2012). Las consecuencias físicas son visibles y el deterioro de su ajuste psicológico es tan importante que la mujer suele rechazar su nuevo esquema corporal.

Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal en estas mujeres son variadas, pero generalmente están relacionadas con baja autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales (Hollander, Cohen y Simeon, 1993; Sarwer, Wadden, Pertschuk y Whitaker, 1998 en Juárez, D. y Landero, R.; 2011). Las conductas relacionadas con la imagen corporal y la autoestima se encuentran fuertemente influidas por el aprendizaje y el medio sociocultural. La autoestima está ampliamente relacionada con la salud mental y el bienestar psicológico para una vida plena y óptima. Tener una imagen corporal pobre suele ir asociada a una baja autoestima. la autoestima está formada por la relación entre la imagen corporal y el autoconcepto; ambos conceptos se refieren a como cada individuo se percibe a sí mismo, lo que piensa de sí y el valor que se atribuye (Fennell, 1999 en Mora y Raich, 2005). En general, el estudio de la imagen corporal y la autoestima en pacientes mastectomizadas tiene especial relevancia por su importancia epidemiológica y sus connotaciones psicosociales para la mujer con cáncer de mama, además de los escasos estudios que existen acerca del tema.

Tomando en consideración todo lo anterior; en general, podemos observar que los cambios en el esquema corporal debido a la mastectomía radical suelen traer consigo una gran alteración en la imagen corporal y autoestima de las mujeres mastectomizadas; y considerando que en general no hay suficientes trabajos que relacionen directamente ambos conceptos, la presente investigación se propuso conocer sí, de alguna manera, la vivencia de la pérdida del seno influye en la manera en que las pacientes se perciben así mismas generando alteraciones en su imagen corporal y autoestima. El principal objetivo de este estudio es explorar la imagen corporal y autoestima que construyen las pacientes con cáncer de mama tras someterse a una intervención quirúrgica de mastectomía radical.

Es por ello que; en el capítulo 1, se revisará lo que es el cáncer de mama, la epidemiología mundial y nacional, los factores de riesgo asociados con la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento para los tumores malignos en el seno. Posteriormente; en el capítulo 2, se abordará lo que es la imagen corporal, las alteraciones en la imagen corporal, los factores que influyen en la aparición de la imagen corporal negativa y que es lo que reduce el riesgo de desarrollar una imagen corporal negativa. Subsiguientemente; en el capítulo 3, se examinará lo que es la autoestima y la baja autoestima, así como algunas de las causas para presentar baja autoestima. En el capítulo 4, se verán algunos de los aspectos psicológicos en las mujeres con cáncer de mama. En el capítulo 5, se encuentra el método. El capítulo 6, se presentan los resultados; el capítulo 7, corresponde a la discusión y conclusiones y por último se encuentran las limitaciones y sugerencias de la investigación.

Capítulo 1.

Cáncer de mama

Es importante comprender cómo se desarrolla el cáncer en el organismo para conocer la formación del cáncer en el seno de la mujer; esto debido a que los distintos tipos de cáncer se desarrollan mediante el mismo proceso celular. Hasta la fecha se han descubierto más de cien diferentes tipos de tumores malignos, los nombres regularmente son dados de acuerdo al órgano o tejido en dónde son localizados. Por tal motivo, en el apartado; *¿Qué es el cáncer?*, comenzaré definiendo de acuerdo a literatura revisada, lo que es el cáncer, su epidemiología mundial y en nuestro país y por último una breve entrada a las raíces históricas de esta enfermedad. Posteriormente en el apartado; *¿Qué es el cáncer de mama?*, se abarcarán los aspectos biológicos del seno femenino; la epidemiología mundial y nacional del cáncer de mama; los diferentes tipos de diagnóstico y tratamiento existentes y finalmente los factores de riesgo que predisponen en la aparición de esta enfermedad.

1.1. *¿Qué es el cáncer?*

El cáncer es una enfermedad crónica² y progresiva que puede aparecer en casi cualquier parte del cuerpo; esto es posible debido a que el cuerpo está formado por billones de células las cuales desempeñan un papel muy importante en la salud de nuestro organismo. Normalmente, las células crecen y se dividen a medida que el cuerpo las va necesitando. Cuando ya han envejecido o se han dañado, mueren y células nuevas las remplazan; este proceso mantiene saludable al organismo. Sin embargo, en el cáncer este proceso ordenado se sale de control; a medida que las células se hacen más y más anormales las células viejas o dañadas no mueren.

Esto da lugar a formaciones de células nuevas cuando no son necesarias; estas células se llegan a dividir sin interrupción hasta formar tumores malignos (Instituto Nacional del Cáncer [NCI por sus siglas en inglés], 2015). Estos tumores son el resultado de algún tipo de cáncer. Si el cáncer no es detectado oportunamente, algunas veces las células cancerosas se trasladan a otras partes del cuerpo donde comienzan a crecer formando nuevos tumores. Este proceso es conocido como metástasis.

De acuerdo con la OMS (2015), afirma que el cáncer:

Es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.

2. Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son ejemplo de alguna de ellas (OMS, Ídem).

El cáncer constituye un problema de salud pública de mayor trascendencia. Durante el último siglo se ha producido un aumento espectacular en apariciones de tumores malignos en la población mundial; y, a su vez, la mortalidad se ha incrementado notablemente a causa de esta enfermedad. De acuerdo con estadísticas realizadas en 2012 por la OMS, el cáncer ocupó la quinta posición de mortalidad a nivel mundial; específicamente tumores malignos en tranquea, bronquios y pulmón. De la misma manera, la OMS (2008) prevé que los fallecimientos por cáncer aumentarán un 45% entre 2007 y 2030 (pasarán de 7.9 millones a 11.5 millones de defunciones).

En nuestro país ocurre el mismo fenómeno epidemiológico, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2013), se encontró que la tercera causa de fallecimientos en la población mexicana corresponde a los tumores malignos. En nuestro país existen diferencias de acuerdo a la entidad federativa, de acuerdo con el RHNM en sus estadísticas del 2006 nos muestra que la Ciudad de México fue el estado con mayor número de registros de tumores malignos a nivel nacional; por otro lado, Quintana Roo fue la región que presentó el menor número de registros (en SSA, 2011).

Pese a que tenemos una concepción moderna de esta enfermedad, los datos más antiguos acerca de apariciones de tumores malignos en seres humanos fueron descubiertos en casos médicos escritos por los antiguos egipcios; estos escritos datan del año 3000 a 2500 a.C. (papiros de Edwin Smith). Por otro lado, Hipócrates en el siglo IV a.C., descubrió células malignas que asemejaban a las patas de un cangrejo, este médico las llamo “karkinos”, palabra griega que significa cangrejo. Posteriormente, Celso (28 a.C. 50 d.C.) traslada la palabra griega “karkinos” por la palabra en latín “cáncer”³.

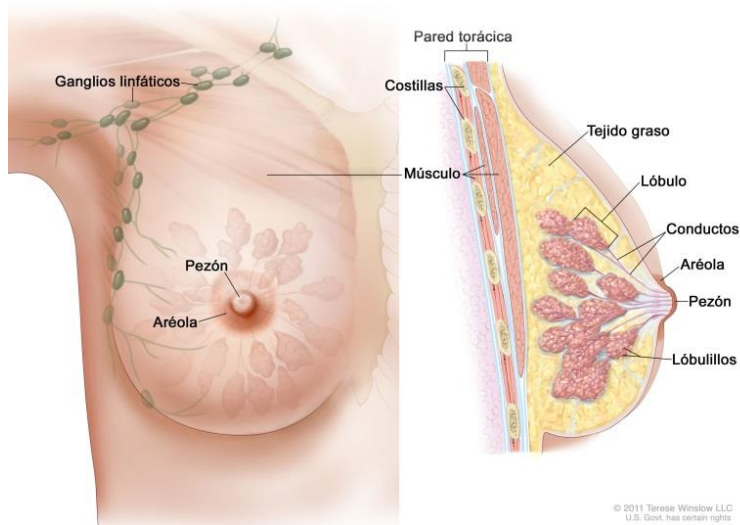
³ Para una revisión más completa acerca de la historia del cáncer, se sugiere consultar: The History of Cancer, 2014 y/o la página oficial de la Organización de Investigación de Paleo-Oncología: <http://www.cancerantiquity.org/>

1.2. ¿Qué es el cáncer de mama? Aspectos generales del seno femenino.

Como se ha mencionado anteriormente el cáncer se desarrolla mediante el mismo proceso celular. Entonces se entiende que el cáncer de mama es el crecimiento anormal y descontrolado de las células mamarias. Algunas veces estas células pueden llegar a propagarse a otras partes del cuerpo; por lo regular mediante el sistema linfático, esto da lugar a formaciones nuevas de tumores malignos (metástasis).

Metafóricamente, imaginemos a cada glándula mamaria como un conjunto de racimos de uvas. Ambos senos están compuestos de racimos llamados lóbulos, mismos que se conforman de lobulillos (las uvas del racimo). Los lóbulos son las estructuras funcionales de la glándula mamaria debido a que son quienes producen la leche materna a través de células de su interior, o bien, células dentro de los lobulillos. Cada lóbulo está rodeado por grasa protectora y por tejido sostén. Los conductos son los canales que transportan la leche materna dirigiéndose a la aréola (el círculo de piel coloreada que rodea el pezón) y terminando su recorrido en la piel del pezón por donde sale la leche a través de pequeños poros. La glándula tiene además en su interior, otros canales que llevan la sangre y que mantienen oxigenados a los tejidos que la forman (arterias y venas), componentes que le dan la sensibilidad (nervios) y, conductos que transportan a un tipo especial de células de la sangre encargadas de defender a nuestro organismo de los microorganismos (conductos linfáticos). Estos conductos desembocan su contenido en pequeñas estructuras con forma de frijol llamadas ganglios linfáticos. En la figura 1 se puede observar la anatomía del seno femenino.

Figura 1.
Anatomía del seno femenino



Fuente: Instituto Nacional del Cáncer (NCI), 2016

Los tumores malignos de la mama se pueden originar en los conductos que llevan la leche; en los lobulillos, o en cualquiera de los otros tejidos que forman la estructura de la mama. En la mayoría de los casos, los tumores son originados en las células de los conductos y es lo que en términos médicos se conoce como carcinoma ductal. Los tumores que se derivan del resto de las estructuras se constituyen en menor forma. Para ello existe una clasificación detallada de acuerdo al tipo de células que se hallan en cada tumor.

1.2.1. Epidemiología del cáncer de mama

El cáncer de mama es un problema de salud pública demasiado preocupante. El perfil epidemiológico de esta enfermedad, sin embargo, está cambiando. El predominio de casos nuevos había surgido en los países más desarrollados del planeta, hoy en día está afectado de manera creciente a las personas de los países de menores ingresos. Los cambios demográficos y en los estilos de vida que se produjeron en las últimas décadas en la mayoría de los países de América Latina, Asia y África modificaron la exposición de los seres humanos a los riesgos asociados al cáncer en general y en las mujeres al cáncer de mama en particular.

En México, al año miles de mujeres se enfrentan a un diagnóstico de cáncer de mama. En 2014, de acuerdo con la SSA (del estado de Veracruz, SSAVER) en nuestro país se detectaron 60 mil casos nuevos de tumores malignos en el seno; esto es aún más preocupante ya que el 40% de estas mujeres se encontraban en etapas muy avanzadas. La mortalidad por cáncer de mama se duplicó en los últimos años, esta enfermedad es la principal causa de muerte en mujeres que se encuentran entre los 35 y 44 años de edad. Esto es aún más alarmante debido a que los tumores malignos corresponden la tercera causa de muerte en las mujeres mexicanas y el cáncer de mama es la primera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres de nuestro país (INEGI, op. cit.).

Por desgracia, la expansión del cáncer de mama en los países en vías de desarrollo no se ha acompañado de un crecimiento en su detección y tratamiento oportuno. En la mayoría de los países existe poca conciencia de esta epidemia y no se disponen de suficientes servicios de detección temprana. Por lo mismo, la mayoría de los casos se detectan en fases avanzadas. Los países Latinoamericanos enfrentan un gran reto en extender la detección temprana y reducir la proporción de casos detectados en fases tardías cuando la probabilidad de supervivencia es mucho más baja y los tratamientos requeridos son más caros e invasivos.

1.2.2. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es aquella característica que aumenta la probabilidad de padecer alguna enfermedad; en este caso el cáncer de mama. Sin embargo, si se tiene o se llevan a cabo uno o varios factores de riesgo no significa que se padecerá la enfermedad. Algunas mujeres presentan más de una de estas características riesgosas y nunca padecen este tipo de cáncer; y, viceversa, algunas mujeres que lo padecen jamás se expusieron a los factores de riesgo. Resulta difícil conocer con precisión cuánto pudieron haber contribuido los factores de riesgo en la aparición de tumores malignos ya que aún no hay investigaciones o estudios científicos que avalen con precisión a que se debe la presencia de tumores malignos en cada persona.

En cuanto a los factores de riesgo del cáncer de mama, encontramos que el género es un factor primordial para padecer esta enfermedad; como es bien sabido, estos tumores afectan mucho más a las mujeres que a los hombres. En los varones, los factores de riesgo son distintos; de acuerdo con ACS (2014) son los siguientes: exposición a la radiación, altas concentraciones de estrógeno en el cuerpo, antecedentes familiares de cáncer de mama, envejecimiento, obesidad; son algunos factores de riesgo en el sexo masculino. Con frecuencia el diagnóstico en éstos pacientes es más tardío, lo que conlleva a etapas más avanzadas; pero no hay que olvidar que el cáncer de seno afecta a tan solo el 0.1% de los hombres a nivel mundial.

Otro factor de riesgo es el referente a la edad; el riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a medida que se envejece. Aunque en la actualidad, la incidencia en cáncer ha aumentado en mujeres mucho más jóvenes.

La predisposición genética, es un factor de riesgo sumamente importante. De acuerdo con ACS (2014) se cree que alrededor del 5 al 10 por ciento de los casos de cáncer de mama son hereditarios, lo que significa que se originan directamente de mutaciones genéticas heredadas de uno o ambos padres. De la misma manera, los antecedentes familiares, amplían la probabilidad de desarrollar cáncer de mama; específicamente si la madre, hermana o hija presentan o alguna vez padecieron este tipo de enfermedad.

La menstruación a edades tempranas (aproximadamente antes de los 12 años), la menopausia tardía (después de los 55 años de edad), mujeres mayores que no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 30 años, consumo de anticonceptivos orales, uso de terapia hormonal después de la menopausia; son otros factores asociados con el riesgo de padecer cáncer de mama (ACS, Ídem).

El consumo excesivo de alcohol, el sobrepeso, la vida sedentaria y la mala alimentación, son factores sumamente importantes para padecer algún tipo de enfermedad. La adaptación a estilos de vida saludables puede salvar y prevenir la aparición del cáncer de mama.

1.2.3. Diagnóstico

Es importante considerar los beneficios de enseñar a las mujeres a realizarse evaluaciones periódicas de sus pechos. El cáncer de mama puede ser detectado oportunamente por medio de la “autoexploración” (a través del tacto y la observación). La autoexploración es un método muy sencillo para la detección temprana del cáncer de mama; este método enseña a la mujer como inspeccionarse los senos con el fin de detectar algún tumor. Además del tacto en el seno, es importante presentar atención a síntomas tales como cambios en el tamaño, forma o textura de los senos o el pezón y secreción de líquido proveniente del pezón, algunas veces este líquido suele lucir como pus. Si se llegan a presentar estos síntomas es necesario acudir inmediatamente con el médico especialista y realizarse una mastografía o mamografía de inmediato debido a que en algunas ocasiones el tumor puede resultar maligno.

La mastografía es otro método para detectar el cáncer de mama; este estudio o examen exploratorio de Rayos X sirve para ver a través de los tejidos de la glándula del seno y así poder detectar con precisión la aparición de tumores malignos. Regularmente este método es administrado en mujeres mayores de 40 años de edad (a partir de esa edad deberán someterse a una mastografía cada uno o dos años). En las mujeres más jóvenes este método se reemplaza por un ultrasonido, debido a que el tejido de los senos es más denso en edades más tempranas.

Posteriormente, cuando se encuentra en las mastografías o en el examen físico, un cambio o anomalía en el seno se remite a la paciente a un cirujano especialista para realizar algún tipo de biopsia. La biopsia es la única manera de indicar la presencia real de un cáncer. En la biopsia el cirujano oncólogo toma una muestra “viva” de tejido del seno para descubrir si existe o no cáncer; y pasa a ser analizada por un patólogo.

La exploración médica y los exámenes de diagnóstico (mastografía o ultrasonido) se complementan considerablemente, la mujer nunca se deberá basar en una decisión de un solo método. Por ello, la valoración de la glándula mamaria requiere de un trabajo en equipo, y con una adecuada coordinación se obtienen los mejores resultados. El diagnóstico temprano es lo que ha permitido que el tratamiento de los tumores malignos sea más exitoso en los últimos años y la mastografía es un factor importante en este aspecto.

1.2.4. Tratamiento

En la actualidad existen diversos tratamientos médicos para curar el cáncer o prolongar considerablemente la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente. El tratamiento contra el cáncer de mama requiere una cuidadosa y minuciosa selección de una o más modalidades terapéuticas dentro de las que destacan: cirugía o mastectomía, quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal.

Por lo general en la mayoría de los casos nuevos de cáncer de mama se realiza la mastectomía debido a que la mujer se encuentra en estadios muy avanzados de la enfermedad. Por ende, esta cirugía es el método más empleado en la actualidad; este método consiste en la extirpación quirúrgica de los tumores malignos en el seno. De acuerdo con la ACS (2014), existen distintos tipos cirugías, estas son los más comunes:

- Mastectomía parcial. Esta cirugía es empleada cuando el tumor es demasiado pequeño y solo ha invadido una zona reducida de la mama, en esta cirugía el seno se conserva.
- Mastectomía radical modificada. El cirujano extirpa la mama completa, incluyendo el pezón y los ganglios linfáticos axilares. Esta cirugía es empleada cuando el tumor es muy grande y ya ha invadido los ganglios linfáticos.

Es necesario seguir una rutina de rehabilitación física después de la mastectomía, esto debido a que las pacientes suelen perder gran parte de la movilidad del brazo del lado en donde se realizó la extirpación; también el brazo puede llegar a hincharse a una magnitud considerable (linfedema). Para evitar la presencia de linfedema, es necesario que las pacientes sigan una serie de pasos; el uso de manga hechas a la medida del brazo de cada paciente, evitar que el brazo se exponga a temperaturas muy altas, evitar cargar cosas muy pesadas; son algunas sugerencias para evitar la aparición de linfedema.

Con frecuencia, la paciente tiene la opción de la reconstrucción quirúrgica. La reconstrucción mamaria es el método para rehacer la forma del seno. Esta reconstrucción puede consistir en un implante de silicona o de músculos y tejido graso. En un momento posterior, se puede o bien crear un pezón, tatuarlo o pigmentarlo en el seno. La reconstrucción no interfiere con el pronóstico o con el seguimiento efectivo del tratamiento en las pacientes. Las mujeres más jóvenes son más propensas a llevar a cabo este procedimiento quirúrgico. Esto sugiere la existencia de diversos factores que determinan la elección de reconstruirse el seno o no. El Hospital General de México menciona que la mayoría de las reconstrucciones que se realizan en nuestro país son tardías, aunque va en franco ascenso la reconstrucción inmediata (cfr. Haddad et al., 2001 en Tinoco, 2011).

En la mayoría de las ocasiones, después de la mastectomía las mujeres son sometidas a quimioterapias para evitar la reaparición del tumor o para continuar el tratamiento contra el cáncer. Las quimioterapias son medicamentos de alta intensidad que funcionan interfiriendo en la reproducción celular. Generalmente son administrados vía oral o intravenosa, las quimios

(como coloquialmente se les conoce) son administradas solas o en combinación con otros medicamentos o tratamientos. Este método es administrado en ciclos, cada uno de ellos seguidos por un periodo de recuperación. Sin embargo, la quimioterapia no es selectiva con las células y destruirán todas aquellas que se dividen rápidamente.

Es por ello que el uso de quimioterapia trae consigo diversos efectos secundarios. Los efectos secundarios varían y dependen del fármaco empleado, de la dosis administrada, la vía de administración, el número de ciclos del tratamiento y de si al mismo tiempo se le está aplicando radioterapia o algún otro tratamiento (Holland y Lesko, 1990 en Haber, 2000). Por lo general, estos efectos secundarios duran poco tiempo y desaparecen después de que se ha finalizado el tratamiento. Estos pueden incluir pérdida total del cabello (alopecia), cambios en la coloración y textura de las uñas, pérdida significativa de peso y apetito, náuseas y vómito, aumento de la probabilidad de infecciones, tendencia a presentar moretones o sangrados fácilmente, cansancio, cambios en los periodos menstruales y sequedad vaginal.

Para aumentar la efectividad del tratamiento, algunas veces se administran radioterapias, estas suelen combinarse con los tratamientos anteriores. En la radioterapia se aplican altas dosis de Rayos X en la zona afectada por el cáncer; la radiación destruye e impide que se reproduzcan las células cancerosas, esto ayuda a que estas células no se propaguen a otras partes del cuerpo. Generalmente, las células normales llegan a recibir dosis de radiación, pero estas suelen recuperarse después del efecto radioactivo. La radioterapia no es dolorosa, pero puede provocar fatigas intensas y cambios en la piel.

Por último, si el tumor es sensible a las hormonas suele aplicarse la terapia hormonal. Este método ayuda a reducir el riesgo de que el cáncer regrese después de la cirugía, regularmente es aplicado a mujeres que se encuentran en la etapa posmenopausica. La terapia hormonal disminuye los niveles de estrógeno o evita que el estrógeno actúe en las células cancerosas del seno.

Capítulo 2.

Imagen corporal

La imagen corporal en general es la representación mental del propio cuerpo; resulta trascendental para el desarrollo psicosocial de cada persona. El desarrollo de la imagen corporal depende en gran medida de cada individuo, pero inevitablemente también se ve influenciada por las personas de nuestro entorno y por la sociedad en general. En la sociedad moderna la imagen corporal ha tomado un inmenso auge, muchas de las cuales han creado toda una percepción de la importancia de la imagen ideal. Por ello, ¿qué es lo que pasa cuando existen alteraciones en la imagen corporal? De acuerdo con la teoría, se producirá un desajuste emocional en el individuo con consecuencias multidimensionales como son en la percepción, las actitudes, la cognición, el comportamiento, los afectos, etc.; con grandes repercusiones en el ámbito social, fundamentalmente en la relación con el otro.

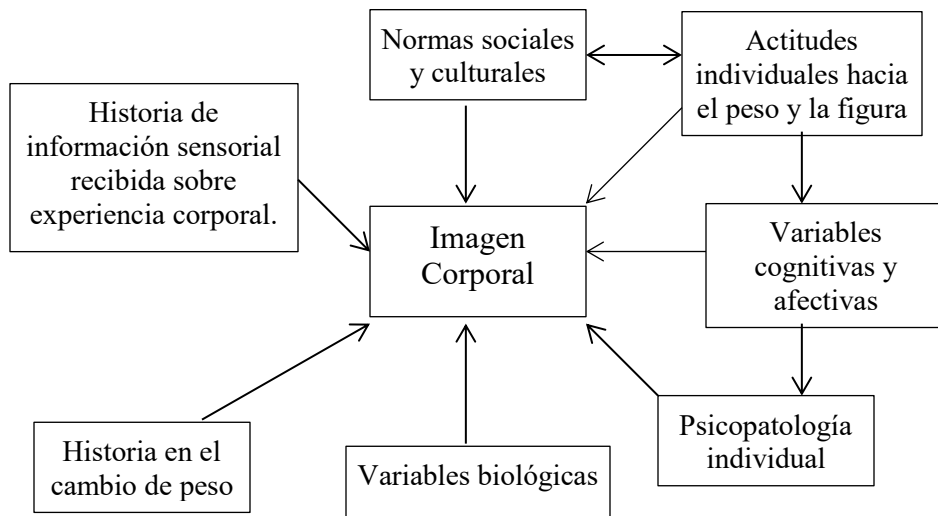
Para poder tener una visión global de esta problemática, en este capítulo se abordará en primera instancia lo que en psicología significa el concepto de *imagen corporal*. Posteriormente, se ahondará acerca de las alteraciones en la imagen corporal y cuáles son los factores que ocasionan su formación y por último cómo se puede reducir el riesgo de presentar alteraciones en la imagen corporal.

2.1. ¿Qué es la Imagen Corporal?

El concepto de imagen corporal se ha estudiado desde hace casi cien años, se ha definido de distintas maneras en función a los avances de la investigación. Una de las primeras definiciones fue propuesta por Schilder en 1935 (en Bell y Rushforth, 2010); este autor define a la imagen corporal como la imagen que nos creamos sobre nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que nos vemos. Otra definición posterior, define a la imagen corporal como la manera en que cada individuo percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1992 en Bell y Rushforth, Ídem). En esta definición se contemplan aspectos perspectivos, aspectos subjetivos (como satisfacción-insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales. Por otro lado, Slade (1994 en Baile, 2002), define a la imagen corporal como la representación mental de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo. Este autor ha elaborado un modelo explicativo sobre la imagen corporal, en la figura 2 puede apreciarse la adaptación del mismo.

Para Raich (2010), doctora en Psicología y catedrática de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), define a la imagen corporal como la percepción que tiene el ser humano de todo el cuerpo y de cada una de sus partes; la experiencia subjetiva de actitudes (pensamientos, sentimientos y valoraciones que hace y siente el individuo respecto a su propio cuerpo) y el modo de actuar derivado a las cogniciones y los sentimientos que estos suscitan.

Fig. 2
Modelo de Imagen Corporal de Slade (1994)



Fuente: Baile (2002)

De acuerdo a Thomson (1990 en Raich, op. cit.), la imagen corporal está constituida por tres componentes:

- *Componente perceptual.*

Este componente se refiere a la presión con la que se percibe el propio cuerpo, ya sea en diferentes segmentos corporales o el cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a una sobreestimación (percepción del cuerpo y de su “defecto” en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción del cuerpo inferior al que realmente corresponde).

- *Componente subjetivo (cognitivo - afectivo).*

Se refiere a las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que se tienen respecto al cuerpo o algún aspecto de la apariencia física (por ejemplo, satisfacción - insatisfacción, preocupación, ansiedad, aprecio, etc.).

- *Componente conductual.*

Hace referencia a las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados le provoca al individuo; por ejemplo, una alteración en este componente serían las conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo ante los demás.

Tener una imagen corporal negativa o positiva tendrá una gran influencia en los pensamientos, sentimientos y conductas de cada individuo. Desde luego, la imagen corporal no es fija, sino que puede cambiar a lo largo de nuestra vida (tiene un gran anclaje en la infancia y la adolescencia).

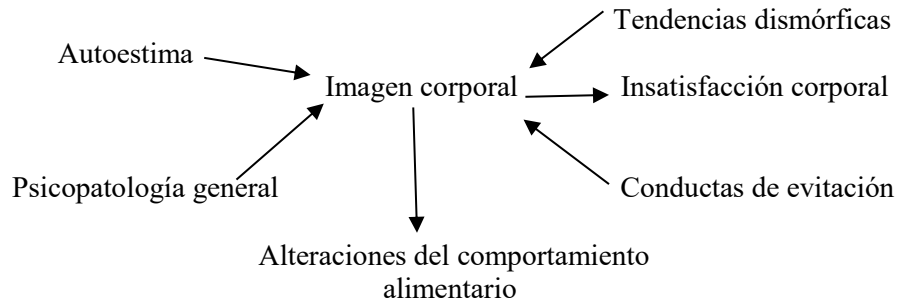
2.2. Alteraciones en la Imagen Corporal

Aquellas personas que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales de su cuerpo presentan alteraciones en la imagen corporal. La gran mayoría de las ocasiones el “defecto físico” es inexistente o es muy leve que la persona tiende a exagerarlo. Los pensamientos asociados a una imagen corporal negativa pueden ser repetidos y molestos (obsesivos) o distorsiones de la realidad que se mantienen con total convicción (delirantes).

Desde hace miles de años se ha intentado definir a las alteraciones de la imagen corporal; fue Morselli en el siglo XIX, quien acuñó uno de los primeros términos, refiriéndose como “dismorfofobia”, es decir, el miedo a la propia forma. Posteriormente, Janet (1903 en Raich, 2000) hizo numerosas investigaciones acerca de “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo”. Por otro lado, Thompson (1992 en Bell y Rushforth, op. cit.) propuso por primera vez el concepto de trastorno de la imagen corporal; éste se refiere a el persistente estado de insatisfacción, preocupación y malestar relacionado con algún aspecto de la imagen física.

Raich, Torras y Mora (1997 en Raich, op. cit.) estudiaron la relación de diferentes variables relacionadas con la imagen corporal. En la figura 3 puede observarse como existe una relación directa entre la autoestima, conductas de evitación y la psicopatología general con la insatisfacción corporal.

Fig. 3

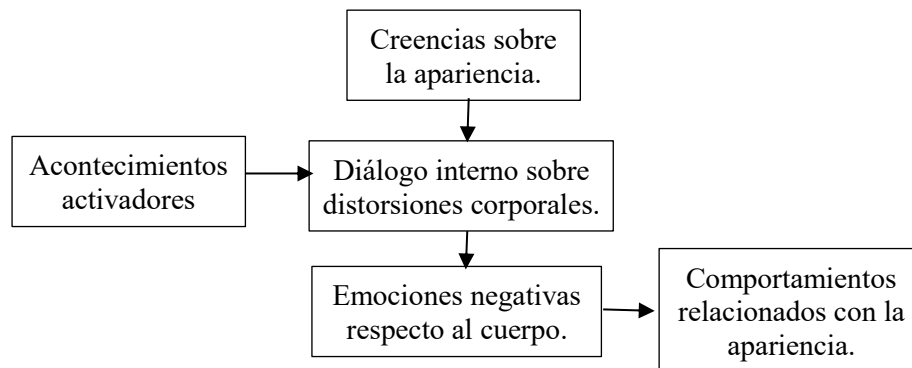


Fuente: Raich (2010)

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos (Cash y Brown, 1987):

- *Alteración cognitiva y afectiva.* Insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que el cuerpo suscita.

Fig. 4. El papel de los errores cognitivos en la imagen corporal.



Fuente: Raich (2010)

- *Alteraciones perceptivas.* Conducen a la distorsión de la imagen corporal. Inexactitud con la que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

Las consecuencias de presentar alteraciones en la imagen corporal pueden ser devastadoras y suelen contribuir en la aparición de diversos síntomas psicológicos. Rosen (1995 en Raich, op.cit.) presenta estos síntomas en cuatro niveles de respuesta, estos suelen presentarse especialmente cuando la persona se enfrenta ante situaciones en las que puede ser observado:

- a) Nivel psicofisiológico:
Respuestas de activación del Sistema Nervioso Autónomo (sudoración, temblores, dificultades de respiración, etc.).
- b) Nivel conductual:
Conductas de evitación, como no usar cierta ropa o asistir a determinadas reuniones; rituales de comprobación y confirmación, como preguntar muchas veces como se luce o mirarse constantemente al espejo son comunes en las personas con alteraciones en la imagen corporal (Rosen, 1990 en Raich, Ídem). También suelen existir conductas de camuflaje, rituales de tranquilización, realización de dieta (muchas veces innecesaria y con productos que son dañinos para la salud), ejercicio físico excesivo, etc.
- c) Nivel cognitivo:
Preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones, sobreestimación o subestimación, autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes.
Cash (1991) ha identificado los principales esquemas cognitivos relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal:

- La gente atractiva lo tiene todo.
- La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar.
- La apariencia física es signo de cómo soy interiormente.
- Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor.
- Si la gente supiera como soy realmente a ellos no les gustaría.
- Si controlo mi apariencia, podré controlar mi vida social y emocional.
- Mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida.
- Debería saber siempre cómo parecer atractivo.
- El único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola.

d) Nivel emocional:

Sentimientos de insatisfacción, ansiedad, tristeza, vergüenza, etc.

Una imagen corporal negativa puede funcionar como un factor de riesgo en numerosos trastornos mentales. En este sentido, se vincula a una mayor predisposición a la depresión (Harter, 1999; Robins, Donnellan, Widaman & Conger, 2010), ideas suicidas (De la Torre, Cubillas Rodríguez, Román Pérez & Valdez, 2009), ansiedad e inadaptación (Acevedo & Carrillo, 2010).

En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción por el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana hablamos de trastornos de la imagen corporal. Se ha demostrado que la insatisfacción y preocupación por el mismo cuerpo se convierte en un trastorno en un 4% de las mujeres y en menos del 1% en los hombres (Rosen, Reiter y Orosan, 1995 en Cruz, S.; Rodríguez, S. y Salaberria, K. 2007).

De acuerdo con el DSM-IV, el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) consiste en una preocupación excesiva, angustiada y perjudicial por un “defecto corporal” imaginario (inexistente) o ligero en el aspecto. En el TDC la preocupación puede referirse a partes del cuerpo o a aspectos más globales, así como a defectos faciales, la forma, el tamaño, el peso, la

simetría de partes del cuerpo y los olores (Phillips, 1991 en Cruz; et. al, op.cit.). Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana del sujeto dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas. Además, hay que tener en cuenta que las alteraciones perceptivas, la preocupación y el malestar acerca de la imagen corporal pueden ser un síntoma presente en distintos cuadros clínicos o puede ser un trastorno en sí mismo.

En los trastornos de la conducta alimentaria, surge insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de un modo global en el peso o tamaño del cuerpo. Los pensamientos están centrados en la delgadez y las conductas motoras son la realización de dietas, el uso de laxantes y purgantes, el ejercicio físico excesivo y la evitación de situaciones sociales. La realización de dietas es un intento de atenuar la insatisfacción corporal y la discrepancia entre el ideal corporal y la propia realidad (Raich, Torras, y Mora, 1997 en Cruz, et. al.; ídem.).

Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas, así cursa con pobre autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, etc.; de forma reiterada y con demandas irracionales. En la sociedad occidental un tercio de la población femenina y un cuarto de la población masculina sufren de insatisfacción corporal, esta insatisfacción generalmente genera depresión y baja autoestima (Otto y Wilhem, Cohen y Harlow, 2001; Cash y Grant, 1995; Johnson y Wardle, 2005; Stice y Bearman, 2001; Stice et al. 2001 en Bell y Rushforth, op.cit). Las mujeres mayores con alteraciones en la imagen corporal suelen desarrollar una obsesión en cambiar la forma de su cuerpo, esto puede llevarlas a realizar prácticas poco saludables como cirugías estéticas, mala alimentación, dietas y ejercicio excesivo (Rodríguez y Gempeler, 1999).

La imagen corporal negativa puede causar ansiedad interpersonal; si el individuo no es capaz de aceptarse creerá que los demás tampoco podrán hacerlo. Como resultado de esto no es de extrañar que se sienta incómodo o inadecuado en sus interacciones y relaciones sociales, esto le podría ocasionar el aislamiento total. Por otro lado, estar intensamente preocupado por el propio cuerpo puede causar problemas en las relaciones sexuales, debido a que puede provocar miedo y vergüenza al mostrar el cuerpo desnudo, especialmente la parte que se considera más

desagradable; esto suele influir decisivamente en la calidad de la relación sexual. Se han hecho estudios en los que se les pregunta a los participantes a qué atribuyen el fracaso en las relaciones sexuales, la gran mayoría de las mujeres lo atribuyen a los propios defectos corporales, mientras que los hombres suelen contabilizar más en el campo de la poca destreza personal o falta de experiencia o “no saber cómo”.

2.3. ¿Cuáles son los factores que influyen en la aparición de la imagen corporal negativa?

Una persona no tiene una imagen corporal positiva o negativa de un día para otro. La formación de una imagen corporal negativa está influenciada por distintos factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento.

2.3.1. Factores predisponentes

- *Sociales y culturales.*

La valoración subjetiva y social del cuerpo, al igual que cualquier otra atribución de valores, está drásticamente determinada por la cultura. Una cultura puede determinar distintos criterios de valoración, concretamente los concernientes a la estética corporal; por supuesto que a gran mayoría no se ajustan a estas normas establecidas, esto genera malestar y ansiedad en el individuo. Por esta razón, la sociedad tiene un fuerte impacto en la valoración del cuerpo; se podría decir que la influencia más potente sobre la imagen corporal es la cultura (McCarthy, 1990 en Bell y Rushforth, op.cit.). La preocupación anómala por la imagen corporal no es

exclusiva de nuestra época, cada periodo de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza y cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y decoración del cuerpo (Rodin, 1993).

Para Behar (2010), la televisión parece ser el medio de comunicación de mayor impacto en la difusión de valores y patrones relacionados con la estética. Estos ideales están ampliamente relacionados con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (la “belleza⁴” es buena, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, etc.); además de que fomentan la creencia de que podemos controlar nuestro aspecto si realizamos el esfuerzo necesario (consumismo). Investigaciones de Hausenblas (2013), muestran que las personas (en especial las mujeres) que están más insatisfechas con su aspecto buscan un contenido concreto de imágenes idealizadas en los medios de comunicación. La imagen física de las mujeres constituye una parte importante en la valoración social. A partir de lo dicho podemos decir que “los medios de comunicación influyen en la imagen que las personas tienen de sí mismas, permitiendo la obsesión con el aspecto” (Samperio, Mazorra y Barrio, 2011).

El significado del cuerpo en los anuncios publicitarios (televisión, revistas de moda, etc.) muestran que se debe tener una determinada apariencia para triunfar o ser feliz. Toro (1988) señala que la presión cultural sobre la mujer está dirigida hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad. La preocupación por la apariencia física es una conducta socialmente aprendida, no solo por fines estéticos, sino por fines adaptativos a un entorno o grupo determinado, esto se ha manifestado desde que los seres humanos desarrollaron civilizaciones en donde los estándares de belleza y aceptación social están establecidos en el cuerpo.

⁴ La belleza es una noción abstracta (subjetiva) ligada a numerosos aspectos de la existencia humana. Este concepto es estudiado principalmente por la disciplina filosófica de la estética, pero también es abordado por otras disciplinas como la historia, la sociología y la psicología. Debido a que constituye una experiencia subjetiva, a menudo se dice que “la belleza” está en el ojo del observador

Existe una gran diferencia entre imagen corporal y apariencia física; por ejemplo, aquellas personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza incrementados por la sociedad pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como “bellas” pueden no sentirse así.

- *Género y Edad.*

Se ha descubierto que la preocupación por el aspecto físico tiene el doble de incidencia en las mujeres que en los hombres (Harris y Carr, 2001 en Bell y Rushforth, op.cit.). Actualmente, la imagen física de las mujeres constituye una parte importante en su valoración social y en un componente primordial en su identidad personal (Sebastián, Bueno y Mateos, 2002). La relevancia del cuerpo femenino suele ser en casi todas las culturas significativamente superior a la del masculino. La belleza física de la mujer recibe una consideración más explícita que la del hombre. En lo que concierne a la mujer, sus funciones protectoras y alimentadoras, por un lado, y sociosexuales por otro lado, constituyen los cimientos de tal relevancia corporal. El mismo cuerpo destinado a engendrar, parir y amamantar debe contar con un atractivo suficiente para conseguir su integración en el medio sociocultural en que se desenvuelve. El aspecto físico pasa a ser fundamental en la evaluación de las mujeres y la valoración de sí mismas. La imagen física de las mujeres constituye una parte importante en su valoración social y en un componente importante de su identidad y femineidad personal (Sebastián, Bueno y Mateos, Ídem). En la actualidad la preocupación por el cuerpo está aumentando en los varones; sin embargo, es menos probable que la evaluación que los hombres hacen de su cuerpo afecte a su autoestima e imagen corporal del modo en que afecta a las mujeres (Polce-Lynch, Myers, Kilmartin, Forssmann-Falck y Kliewer, 1998).

Los problemas con la imagen corporal tienen diferente impacto a través del tiempo, pero puede surgir en cualquier etapa de la vida. En general, las alteraciones de la imagen corporal pueden afectar a las personas con mayor frecuencia en la infancia y la adolescencia, etapas en donde la preocupación por el cuerpo es mayor. Las mujeres son especialmente vulnerables desde edades muy tempranas, debido a que aprenden a cuidar y mejorar el aspecto físico para obtener la aprobación social. Las adolescentes son una población especialmente vulnerable, debido a la búsqueda de información externa que les brinde ayuda en la formación de su identidad. Las mujeres adultas con un bajo nivel de confianza en sí mismas suelen creer que su aspecto es responsable de cualquier fracaso que hayan vivido (Probst et al., 1997 en Bell y Rushforth, op.cit.). La insatisfacción con el cuerpo tiende a disminuir con la edad; sin embargo, se ha demostrado que las mujeres de mediana edad y mayores suelen experimentar insatisfacción con algún aspecto de su aspecto físico (Lewis y Cachelin, 2001; Whitbourne y Skultery, 2002).

- *Modelos familiares y amistades.*

La familia ocupa un lugar muy importante en la formación de la imagen corporal desde la infancia. El *modelado* de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención hace que un niño/a aprenda esas actitudes; es decir, los niños pequeños aprenden mucho sobre cómo actuar al observar a sus padres. Por ejemplo, una madre que está siempre lamentándose de su apariencia, es muy probable que su hijo aprenda y crezca con la excesiva preocupación por la apariencia física. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable. Especialmente en la adolescencia, los amigos suelen amplificar los “defectos” y el individuo puede ser objeto de burla debido a algún aspecto de su imagen física.

- *Características personales.*

A pesar de que todos vivimos sumergidos en la misma cultura, no nos vemos afectados de la misma manera ni en la misma magnitud. Algunas personas demuestran no sentirse agobiadas ni afectadas por la presión cultural; ni mucho menos por las burlas o comentarios de seres queridos, amigos o conocidos. Sabemos que estas personas tienen una sólida autoestima.

La idea de que la autoestima está ligada con la imagen corporal ha sido demostrada en diversos estudios donde siempre existe la correlación: a mayor insatisfacción corporal, menor autoestima. Los profesionales que trabajan en este campo utilizan a menudo la percepción de la imagen corporal como medida de la autoestima y del grado de satisfacción con la propia imagen (Dowson & Hendersen, 2001; Stevens, Kumaylka & Keil, 1994; Thompson & Gray, 1995). Los estudios confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen. La baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.

2.3.2. Factores de mantenimiento.

Rosen (1990 en Raich, op.cit.) cita entre los factores de mantenimiento a la *atención selectiva* hacia la parte o partes del cuerpo que preocupan o desagradan, determinada por poner todo el interés en aquellas partes del cuerpo que son las que menos agradan. Las *conductas de evitación* son muy eficaces a corto plazo para disminuir o detener el malestar, como no portar determinada ropa o asistir a reuniones sociales, y los *rituales de comprobación* y confirmación, como preguntar constantemente por la presencia del defecto físico o mirarse muy a menudo al espejo. Otro componente es el suceso activante: la exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, el que alguien cercano solicite un cambio, etc., son acontecimientos que activan el esquema de la imagen corporal de tipo negativo y que producen malestar.

La disforia y el malestar conducen a la realización de conductas de evitación, a rituales, comprobaciones que activan pensamientos y autoevaluaciones negativas que realimentan la disforia y que resultan ineficaces para manejar las situaciones, las emociones, las preocupaciones y los pensamientos negativos y que resultan ser factores de mantenimiento del trastorno.

Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen siempre latentes y pueden llegar a resultar fatales.

2.4. ¿Qué puede reducir el riesgo de desarrollar una imagen corporal negativa?

Se dice que se tiene una imagen positiva de uno mismo cuando la persona tiene su esquema corporal bien integrado, lo percibe de forma adecuada y se siente bien y cómodo con su apariencia. No es necesaria alguna condición específica en cuanto al físico para tener una imagen positiva de uno mismo, sino que lo importante es, sobre todo, sentirse bien con el propio cuerpo independientemente de si coincide con el ideal establecido por la sociedad o no.

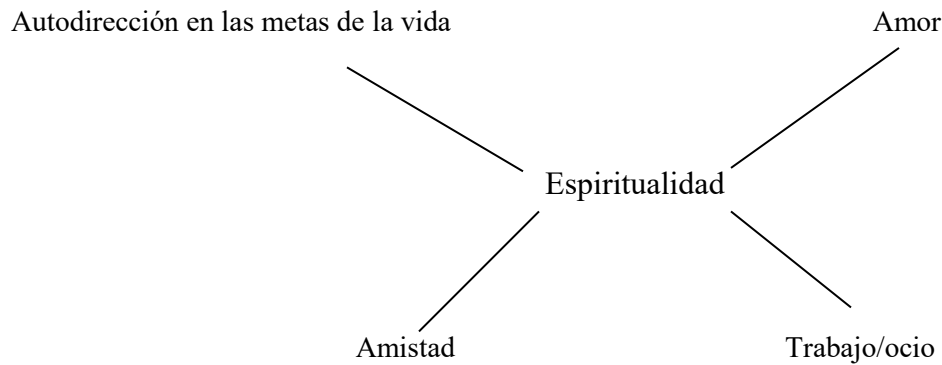
Existen investigaciones que indagan sobre las circunstancias que ayudan a proteger de una imagen corporal negativa. Choate (2005 en Bell y Rushforth, 2010) sugiere cinco clases de factores protectores:

1. Apoyo de la familia. Las personas que desarrollaron afectos sólidos y reciben reacciones positivas y afirmativas por parte de los padres y amigos tienden a desarrollar una buena satisfacción corporal (Kearney-Cooke, 2002).
2. Satisfacción con el papel de género.
3. Concepto físico positivo de uno mismo.
4. Estrategias de afrontamiento. Las mujeres que son conscientes de los mensajes sociológicos relativos al peso y a la figura pueden protegerse de sus efectos negativos potenciales (Henderson-King et al., 2001 en Bell y Rushforth, op.cit.). Las técnicas para criticar la construcción social de la belleza y la valía personal en el caso de las mujeres serán valiosas.
5. Sanas relaciones interpersonales (pareja, amigos, compañeros).
6. Sexualidad. Wiederman y Hurst (1998) encontraron que las mujeres jóvenes en la cultura occidental basan su propia visión como pareja sexual al menos parcialmente en la percepción de su atractivo físico. En sus resultados demuestran que la autopercepción del

atractivo físico puede tener una gran influencia en la actividad sexual de la mujer; por ello es necesario modelar o cambiar dichas creencias erróneas para mejorar con ella (imagen corporal) la calidad de la actividad sexual de las mujeres (Weaver y Byers, 2006). Otro estudio sugiere que las mujeres con mayor autoconciencia de la imagen corporal están más satisfechas con su actividad sexual (Dove y Wiederman, 2000).

7. Equilibrio y bienestar holístico. Las mujeres que desarrollan todos los aspectos de sí mismas son menos vulnerables a las presiones culturales y tienen menor probabilidad en confiar en su imagen corporal (Mc Farlane et al., 2001 en Bell y Rushforth, op.cit.). Myers et al. (2000 en Bell y Rushforth, Ídem) describen en la Figura 3 cinco tareas vitales que contribuyen al bienestar holístico.

Fig. 5.
Bienestar holístico de Myers



Fuente: Bell y Rushforth (2010)

Capítulo 3.

Autoestima

Existe una enorme cantidad de literatura de autoayuda que explica cómo las personas pueden aumentar su autoestima para mejorar su ajuste psicológico; sin embargo, eso no es suficiente ya que no brindan información clara y precisa acerca de la verdadera problemática del desajuste emocional. Es por ello que, posiblemente la autoestima es uno de los conceptos psicológicos que ha caído en la banalidad debido a la amplia gama de información que existe acerca del tema -muchas veces frívola y superficial-, esto no quiere decir que sea un tema poco relevante, al contrario, la autoestima es una necesidad psicológica básica inherente en todos los seres humanos que efectúa una contribución esencial para el proceso de la vida. A lo largo de este capítulo se revisará lo que es la autoestima; posteriormente se definirá, de acuerdo a la teoría lo que es la baja autoestima y sus consecuencias psicológicas; y, por último, algunas de las causas posibles para presentar una autoestima baja. La autoestima constituye un concepto central en diversas e importantes áreas de la psicología, dado que tradicionalmente se ha asociado con, entre muchos otros aspectos, el bienestar psicológico. De acuerdo con la teoría la autoestima en general se puede definir como el valor que la persona se otorga a sí misma; será mayor en la medida en que la persona se acepte y menor, según la proporción de desaprobación que se atribuya. Es por ello que una autoestima baja es sinónimo de un pobre afecto sobre la imagen que cada persona proyecta de sí misma. Es decir, que ante la idea de quién es y cómo es, una persona con autoestima baja se desaprueba, se devalúa y siente desagrado por sí misma. La autoestima es una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros mediante informes verbales o mediante la conducta abierta. La autoestima, por definición, es un constructo subjetivo, por tal motivo no puede ser válidamente evaluada con criterios objetivos.

Para comenzar este capítulo, abordaré en primera instancia el concepto autoestima. Existen diversos autores que intentan definir a la autoestima con precisión; sin embargo, todos coinciden en una idea central. En ese sentido, toda buena definición de autoestima es importante debido a que cada una de ellas puede mostrar y aportar cosas valiosas e importantes. En general, la autoestima se refiere a la capacidad de confiar en la propia mente y saber que cada ser humano es merecedor de la felicidad. Se trata de algo más que un sentimiento, la autoestima inspira a cada persona a llevar a cabo algún tipo de comportamiento y, a la vez, influye directamente en los actos del individuo, es decir, el nivel de autoestima influye en la forma de actuar y la forma de actuar influye en la autoestima. Es decir, la autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro ser, de quiénes somos nosotros; es la convicción de que se es fundamentalmente eficaz y digno.

Históricamente, la primera definición influyente a cerca de la autoestima se remonta a James (1890), quien consideró a la autoestima como la proporción entre el éxito y las pretensiones de cada persona en importantes y diversos ámbitos de la vida (en Friederike J. y Ulrich O., 2013). James se centraba únicamente y en mayor medida en los procesos individuales que forman la autoestima. Posteriormente diversos enfoques destacaron su influencia social; por ejemplo, Cooley (1902 en Friederike y Ulrich, Ídem) planteó la hipótesis de que las propias opiniones – auto-opiniones – se basan en la información recopilada a partir de comentarios explícitos o implícitos de los demás (*looking-glass self*).

Definiciones más recientes concretan a la autoestima, por ejemplo, como un sentimiento de contento y autoaceptación que procede de la evaluación que tiene la persona sobre su valor, significación, competencia y habilidad para satisfacer sus propias aspiraciones (Robson 1988 en Mora y Raich, 2005), esta afectiva autoevaluación es subjetiva. De acuerdo con Rosenberg (1989), la alta autoestima expresa el sentimiento de que uno es "suficientemente bueno", el individuo simplemente siente que es una persona de valía y no necesariamente se considera a sí mismo superior a los demás (en Friederike y Ulrich, op.cit.).

Por otro lado, Bednar, Wells y Peterson (1989 en Branden, 1993) describen a la autoestima como un sentido subjetivo de autoaprobación realista; refleja como el individuo ve y se valora a sí mismo. La autoestima es fundamentalmente un sentido perdurable y afectivo del valor personal basado en una autopercepción exacta.

Pope, McHale y Craighead (1988 en Mruk, 1998) emplean otra definición de autoestima. Para estos autores, la autoestima surge de la discrepancia entre el autoconcepto (una visión objetiva de sí mismo) y el self ideal (lo que la persona valora o le gustaría ser). Mencionan que este tipo de “medición” se produce en diversas áreas de la vida, dependiendo del tipo de tareas e intereses a las que se dedique la persona. El autoconcepto, la autoestima y la percepción de autovalía son tres conceptos fuertemente relacionados entre sí. El autoconcepto se define como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y la positiva retroalimentación de los otros (González, García y Núñez, 1997 en Caño y Rodríguez, 2012). Una serie de hallazgos han ofrecido apoyos para una perspectiva multidimensional y jerárquica del autoconcepto, en el cuál se integrarían tanto los aspectos descriptivos (o cognitivos) del sí mismo, que se corresponden con la autoimagen, como los valorativos (o afectivos), que se corresponden con la autoestima (Marsh y Craven, 2006 en Caño y Rodríguez, Ídem). Por tal motivo, en el autoconcepto se han distinguido los componentes: físico, académico/laboral, personal y social; el término autoestima se ha empleado principalmente para referirse al componente global del autoconcepto.

Como se ha mencionado anteriormente, la autoestima está formada por la relación entre la imagen corporal y el autoconcepto; ambos conceptos se refieren a como cada individuo se percibe a sí mismo, lo que piensa de sí y el valor que se atribuye (Fennell, 1999 en Mora y Raich, 2005). En general, autoimagen, autoconcepto, autopercepción, autoconfianza, autoeficacia, autoconfianza, autoeficacia, autoaceptación, autorrespeto, autoestima... son conceptos que se refieren a como nos vemos a nosotros mismos, lo que pensamos acerca de nosotros y el valor que nos otorgamos (Fennell, 1999 en Mora y Raich, Ídem).

Continuando con la definición de autoestima, Branden (1969) conceptualiza a la autoestima como la experiencia de ser aptos para la vida y sus requerimientos. Para este autor, la autoestima tiene dos componentes:

1. Confianza en la capacidad de pensar y afrontar los desafíos de la vida. Un sentido de eficacia personal (autoeficacia). La autoeficacia se refiere a la confianza en el funcionamiento de la mente, en la capacidad de pensar, en los procesos mediante los cuales se juzga y se elige; confianza en la capacidad de comprender los hechos de la realidad: confianza cognoscitiva en uno mismo.
2. Confianza en el derecho a ser felices, el sentimiento de ser digno y de merecer. Un sentido de mérito personal (autodignidad). La autodignidad quiere decir seguridad en el valor de cada persona; actitud afirmativa hacia el derecho de vivir y ser feliz; comodidad al expresar apropiadamente los pensamientos, deseos y necesidades.

En síntesis, la autoestima es un juicio de la persona sobre el merecimiento, que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia sí misma. La autoestima no es sólo un sentimiento, sino que implica todos los factores perceptibles, cognitivos y conductuales involucrados en la formación de actitudes. La autoestima es importante porque está vinculada con el comportamiento de una persona en su espacio vital (el mundo de la experiencia y la vida cotidiana). En ese sentido la autoestima es dinámica porque es relativamente estable y sin embargo abierta al cambio; por tal motivo esta se aprende, cambia y se puede mejorar a través del tiempo.

De acuerdo a Rojas (2001), la autoestima positiva se logra como parte de un aprendizaje que integra los siguientes factores:

- Juicio personal.

Las personas que presentan una autoestima más alta tienden a ser capaces de expresar una opinión controvertida, menos sensibles a la crítica, entre diversos hábitos saludables; en general, la autoestima alta se relaciona positivamente con el nivel de aspiraciones y expectativas, la selectividad de la memoria y percepción, la constancia y la independencia de juicio, y la habilidad para tolerar y enfrentar la adversidad (resiliencia).

- Autocrítica.

Proceso que incluye el reconocimiento de los propios errores, la aceptación de los mismo, saber perdonarlos y superarlos, así como reconocer aquello que se hace bien, que genera satisfacción y sentido de utilidad, sea o no reconocido por los demás: es suficiente con el propio reconocimiento.

- Responsabilidad.

Aceptar que la propia vida es consecuencia de las decisiones personales; cada individuo es el protagonista de su propia existencia.

- Respeto hacia uno mismo y hacia el propio valor como persona.

Se debe tener en claro la propia valía. El respeto hacia uno mismo también debe partir del reconocimiento propio, del amor propio y del derecho a ser felices, como cualquier otro ser humano.

- Aceptación de uno mismo.

Se alcanza un estado de paz relativa, uno se acepta tal y como es a pesar de las limitaciones, los errores, las frustraciones (expectativas no cumplidas), etc.

- Aspecto físico.
Comprende la aceptación de la morfología corporal (belleza, estatura, etc.) y las características fisiológicas (enfermedades físicas o psicológicas, congénitas o adquiridas).

- Entorno socio-cultural.
Es el ámbito en donde se desarrollan los recursos para la comunicación interpersonal y lo que de ella se deriva. Tener relaciones sociales saludables es indicativo de una autoestima buena.

- Ámbito laboral.
El trabajo debe ser fuente de satisfacción personal, tanto por el trabajo en sí o por las ventajas que el trabajo proporciona.

- Evitar la envidia o compararse con los demás.
Tener un proyecto de vida propio y satisfactorio es que realiza la confianza en uno mismo.

- Desarrollar la empatía.
Es importante la mirada comprensiva, indulgente y tolerante hacia la propia persona y hacia los demás.

- Hacer algo positivo por los demás.
La entrega hacia los demás, mezcla de generosidad y de satisfacción personal, es otro indicador de buena autoestima cuando no implica un autosacrificio o anulación personal.

3.1. Baja autoestima

La baja autoestima es un factor crítico que afecta al ajuste psicológico y social. Así, niveles bajos en la autoestima se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos, con reacciones de ansiedad, síntomas depresivos, desesperanza y tendencias suicidas. Entre los factores estudiados, la autoestima baja ha sido considerada, repetidamente, como un factor relevante de vulnerabilidad para el desarrollo y mantenimiento de diversos trastornos mentales. Las causas que explican una baja autoestima son muy variables y numerosas, pero entre ellas destacan la familia, ser víctima de abusos (sexuales, físicos o emocionales) y la pérdida de control asociada a ellos, haber visto desatendidas sus necesidades básicas en la infancia, entre otros.

No existe un juicio de valor más importante para las personas, un factor decisivo en su desarrollo psicológico y en su motivación; que la evaluación que emiten sobre ellas mismas. Los individuos suelen experimentar esta valoración no siempre como un juicio consciente, sino bajo la forma de un sentimiento y actitud. El modo en que cada persona se siente respecto a sí misma afecta de forma decisiva en los aspectos en los que funciona, desde la manera en que se desempeña en la vida cotidiana, el trabajo, en sus relaciones interpersonales; entre diversas actividades donde regularmente se involucra la interacción con el “otro”. Las respuestas ante los diversos acontecimientos dependen de quién y qué se piensa sobre uno mismo.

La baja autoestima, se refiere a una visión irracional y distorsionada que el individuo tiene de sí mismo. Afecta a la persona por medio de erróneas suposiciones, interpretaciones, opiniones, conclusiones y creencias que tiene acerca de sí mismo. Esto puede resultar muy crítico para el individuo y suele formar un criterio pobre en la toma de decisiones. Una vez que se forma el pensamiento negativo, las emociones y los sentimientos también suelen distorsionarse y ser irracionales, esto hace que la persona tenga dificultades para saber en quién confiar y cuándo confiar en sí misma, estas situaciones incitan al miedo y la ansiedad. Temeroso a fallar, el individuo con baja autoestima suele evitar nuevas actividades o experiencias que impliquen la interacción con el medio, impidiendo así el crecimiento y el desarrollo de nuevas habilidades.

La naturaleza de esta autoevaluación negativa tiene profundos efectos sobre el proceso de pensamiento de las personas, en sus emociones, sus deseos, valores y objetivos; es la clave más significativa para su conducta. Una autoestima inadecuada puede limitar en gran medida las aspiraciones y logros de cada individuo, las consecuencias del problema no son necesariamente tan obvias, algunas veces las consecuencias se presentan de manera más indirecta.

Las investigaciones sugieren que la autoestima se relaciona con muchos factores en importantes ámbitos de la vida; por ejemplo, en relaciones saludables y satisfactorias, estatus socioeconómico, etc. Además, la investigación sugiere la existencia de un vínculo causal entre la autoestima y la persistencia (Baumeister et al., 2003 en Friederike y Ulrich, op.cit.). Precisamente, distintos estudios han demostrado en repetidas ocasiones que una autoestima alta facilita la adaptación del comportamiento persistente: las personas con alta autoestima persisten por más tiempo ante el enfrentamiento de problemas o fracasos (Pérez, 1973; Shrauger & Sorman, 1977 en Friederike y Ulrich, Ídem); pero cuando la persistencia está mal adaptada (p. ej., cuando se enfrenta el individuo con tareas problemáticas), persisten menos los individuos con baja autoestima (Di Paula & Campbell, 2002; McFarlin, 1985 en Friederike y Ulrich, Ídem). Este comportamiento de autorregulación adaptativa podría contribuir al vínculo entre la autoestima y el ajuste psicológico. Por ejemplo, Shrauger y Sorman (1977) argumentaron que la persistencia es a menudo necesaria para la realización de tareas complejas y así ayudar a lograr la satisfacción duradera y recompensas externas. Además, se ha observado que la persistencia en las tareas puede resultar en una sensación de dominio y control. En general, las investigaciones disponibles sugieren que una autoestima alta suele tener consecuencias positivas para el bienestar y el éxito del individuo y que la baja autoestima puede ser un factor de riesgo para los resultados negativos.

De acuerdo con Rosenberg y Owens (2001 en Friederike y Ulrich, op.cit.), los individuos con baja autoestima tienden a ser muy sensibles a la crítica y centran su atención en cómo los perciben los demás. Por otra parte, suelen evitar el contacto social con las personas de su entorno debido a que sienten que su autoestima puede verse amenazada; de hecho, suelen ocultar sus pensamientos y sentimientos hacia los demás; como miembros de un grupo, estas personas frecuentemente permanecen en la periferia y no contribuyen mucho en la discusión del grupo. Es

por ello que, las personas con baja autoestima tienden a evitar riesgos y tratan de “proteger” su self, esto impide que pongan sus habilidades a prueba. Como consecuencia, estos individuos pueden carecer de espontaneidad, son tímidos, se sienten solos y se alejan de los otros. La baja autoestima disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida y está asociada con: dependencia, excesiva necesidad de aprobación, sentimientos de desesperanza, inseguridad, dudas sobre sí mismo, hostilidad, ansiedad, sumisión, salud general débil, sentimientos de apatía, aislamiento, abandono, pasividad, pensamientos distorsionados, evitación de problemas, sentimientos de desprecio e insatisfacción.

Existen investigadores que han encontrado conexiones entre la falta de autoestima con la depresión, el suicidio, las relaciones dañinas, la ansiedad y muchas otras condiciones psicopatológicas (Skager y Kerst, 1989 en Mruk, 1998). La depresión no es sólo un importante indicador de bajo ajuste psicológico sino también una de las mayores preocupaciones en materia de salud universal. Los individuos con baja autoestima buscan excesivamente reasegurarse de sus amigos y sus relaciones de pareja, lo que podría dar lugar a perturbaciones sociales que, a su vez, fomentan los síntomas depresivos (Joiner, Alfano, & Metalsky, 1992; Potthoff, Holahan y Joiner, 1995 en Friederike y Ulrich, op.cit.). Además, los individuos con baja autoestima buscan retroalimentación negativa de sus parejas para verificar su autoconcepto negativo. Buscar retroalimentación negativa podría conducir al rechazo de sus seres queridos y socavar el apoyo social, lo que a su vez aumenta el riesgo de presentar depresión (Giesler, Josephs, y Swann, 1996; Carpintero, Katz y Saavedra, 1997; Swann, Wenzlaff, y Tafarodi, 1992).

Diversos daños psicológicos suelen contraer alteraciones en la autoestima. La mayoría de las creencias sobre uno mismo tienen su base en cosas que se han aprendido, observado, oído de lo que la gente dice de uno. Evidentemente pueden variar constantemente en función de la vida diaria y de lo que se aprende cada día

Las personas con baja autoestima realizan una serie de interpretaciones de la realidad que son sumamente perjudiciales. Rojas (2007) las describe del siguiente modo:

1. *Tendencia a la generalización*: se toma la excepción por regla, empleándose términos categóricos a la hora de valorar lo que les sucede, como, por ejemplo: “a mí todo me sale mal o nunca tengo suerte con...”
2. *Pensamiento dicotómico o absolutista*: Rojas define este concepto como: “binomio extremo de ideas absolutamente irreconciliables”. El pensamiento dicotómico se refiere a clasificar las experiencias según dos categorías opuestas, todo o nada, feliz o triste, éxito o fracaso. Únicamente existen las polaridades.
3. *Filtrado negativo*: se presenta cuando los pensamientos de la persona giran en torno a un acontecimiento negativo sin prestarle atención a las situaciones positivas y favorables de su vida.
4. *Autoacusaciones*: consiste en la tendencia de la persona a culpabilizarse por cuestiones en las que no es clara su responsabilidad o directamente no tiene responsabilidad alguna.
5. *Personalización*: la persona trata de interpretar cualquier queja o comentario como una alusión personal.
6. *Reacción emocional poco racional*: el argumento que desencadena una emoción de signo negativo es errático, ilógico y la persona tiende a extraer conclusiones que la perjudican.

3.2. Causas de la Baja Autoestima

Las causas que explican una baja autoestima son muy variables y numerosas. Existen diversos factores que pueden influir en la creación e intervienen en el mantenimiento de la baja autoestima, algunos de ellos son:

- *Modelos familiares.*

Principalmente, en la infancia, los padres suelen alimentar la confianza y el amor propio de cada niño, pero también pueden favorecer el desarrollo de vulnerabilidad de la baja autoestima, colocando enormes obstáculos en el camino del aprendizaje de actitudes saludables y estrategias de afrontamiento. Asimismo, modelos familiares de personalidad con baja autoestima pueden favorecer el aprendizaje por medio del *modelado*. Durante la infancia, el *modelado* paterno juega un papel sumamente importante. El comportamiento que presentan los padres hacia sus hijos, les permite a los niños formarse una idea de cómo comportarse y las consecuencias que siguen a ese comportamiento. Cuando los niños observan a sus padres pueden aprender qué es lo que se debe imitar y qué no. Por ejemplo, los tutores pueden actuar mostrando una adecuada o inadecuada autoestima.

Esto no quiere decir que la manera en que los padres traten a los hijos determina el nivel de la autoestima en edades futuras, ya que, la autoestima es dinámica y puede cambiar a través del tiempo. Sin embargo, es evidente que el medio familiar puede producir un profundo impacto para bien o para mal.

- *Sociedad y Cultura (Factores socio-ambientales).*

La autoestima es un producto psicosocial que se desarrolla en la interacción individuo-ambiente. Es el proceso de la actividad y la experiencia social que canaliza la actividad del cuerpo y la mente de todas las personas. Su carácter social y desarrollador la provee de una extraordinaria significación en la manera en que afecta al ser humano, la información mostrada por los medios de comunicación, la sociedad o los seres cercanos.

Vivir en una sociedad en la que se valora mucho la individualidad tiene que ver con el desarrollo de la autoestima. La sociedad propone unos valores, desarrolla ciertos modelos y tiende a premiar a los sujetos que mejor se ajustan a ellos. En nuestra sociedad se valora extraordinariamente el atractivo físico como valor deseable. Por otro lado, el éxito es igualmente un valor muy importante en la sociedad actual. Los medios de comunicación presentan como exitosos a una serie de personajes. Se ve el éxito como la clave de la felicidad. Atar la autoestima a cualquier factor fuera del control innato de cada persona, tal como las elecciones o acciones ajenas, es provocar angustia. La tragedia de muchas personas es que se juzgan a sí mismas de esta manera.

De este modo, las investigaciones nos llevan a creer que la autoestima es un rasgo básico de la personalidad adquirida sobre la base de las interacciones sociales e influencias externas y consolidada con el propio comportamiento; de allí que una persona que se conoce es capaz de construir su escala de valores, ganar confianza y seguridad sobre sus actos, autorrealizarse y consecuentemente respetarse. Si una persona no consigue tener adecuada autoestima, las consecuencias están relacionadas con sentimientos de ansiedad, inseguridad, dudas sobre uno mismo y la sensación de no encajar en la sociedad.

- *Género*

Mucho más que la mayoría de los hombres, las mujeres tienden a cifrar su autoestima en lo que ellas piensan de su propio cuerpo y en lo que creen o piensan los demás acerca del mismo. La autoestima femenina está íntimamente relacionada con el atractivo y la imagen corporal, sobre todo en las sociedades occidentales (Guiney y Furlong, 1999; Joiner y Kushubeck, 1996 en Bell y Rushforth, 2010). La imagen corporal femenina suele fundamentarse significativamente en su atractivo corporal; mientras el de los varones acostumbra a basarse en la eficacia y en el estar en forma (Lerner et al., 1973).

Las mujeres tienden a presentar más alteraciones en la autoestima, esto debido a que la valoración de la belleza es una constante en este género, además de que usan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Miller y Kirsch, 1987). Las diferencias entre mujeres y hombres, suelen surgir de los patrones de socialización tradicionales; pero han sido menos consistentes en las últimas décadas, quizá como reflejo de los cambios en la consideración social de los roles, las limitaciones asociadas al género y del aumento de la educación y empleo de la mujer. Pero estos cambios no se han dado en todas las sociedades por igual ni tampoco han logrado eliminar las desigualdades de género. Así, mientras que la socialización masculina enfatiza la autonomía, la autoconfianza y la independencia, la femenina sigue promoviendo la expresión emocional, la búsqueda de intimidad y la dependencia (Olson y Shultz, 1994). En general, las mujeres suelen darle más importancia a ser valoradas positiva o negativamente; y los hombres tienden a tener más en cuenta el éxito o el fracaso.

- *Edad*

Como se ya se ha mencionado, la autoestima es dinámica y puede variar a través del tiempo, pero por lo general tiene un gran anclaje en la infancia y la adolescencia.

Branden (1995), al respecto señala:

El nivel de nuestra autoestima no se consigue de una vez y para siempre en la infancia. Puede crecer durante el proceso de maduración o se puede deteriorar. Hay gente cuya autoestima era más alta a los diez años que a los sesenta, y viceversa. La autoestima puede aumentar y decrecer y aumentar otra vez a lo largo de la vida.

- *Experiencias tempranas*

Las consecuencias negativas del maltrato infantil se hacen visibles a mediano y largo plazo en el desarrollo social y psicológico de la persona. El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

a) *Castigo y maltrato físico.*

El castigo únicamente debe ser empleado cuando el niño se comporta de manera negativa, descontrolada o rebelde. Si es utilizado con frecuencia y por razones inadecuadas puede perjudicar notablemente la autoestima del niño. Por otro lado, el maltrato físico es cualquier acción no accidental por parte de los cuidadores o los padres

que provoque el daño físico o enfermedad en el niño o le coloque un grave riesgo de padecerlo.

b) Descuido, no recibir atención y cuidados básicos (negligencia) y abandono.

Situación en la que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados de salud) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño. La protección y cuidado mínimo hacia el infante por parte de quienes tienen el deber de hacerlo y las condiciones para ello. Existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas de los niños no lo hacen.

c) Maltrato y abandono emocional.

El maltrato emocional se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o el confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

d) Abuso sexual.

Contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro. La gran mayoría de las víctimas sufren grandes consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico por el abuso sexual va a depender del grado de culpabilización de la víctima por parte de ella misma y de los padres o familiares, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga. Los problemas más habituales son la depresión y la baja autoestima.

Capítulo 4.

Aspectos psicológicos de la mujer con cáncer de mama.

A través de la literatura se han encontrado aspectos psicológicos negativos que se desarrollan con la aparición del cáncer y suelen convertirse en grandes dificultades para el ajuste psicológico de la persona que padece esta mortal enfermedad. El objetivo de este capítulo es conocer las repercusiones psicológicas que se presentan en la mujer con cáncer de mama, debido; entre muchas otras cosas, a que es una de las enfermedades con gran predominio de incidencia y mortalidad a nivel mundial. Desde el diagnóstico hasta el tratamiento, la mujer con cáncer de mama suele pasar por una serie de dificultades emociones que intervienen en su ajuste psicológico. Generalmente en nuestra cultura, el cáncer es señalado como una enfermedad que soporta una impresionante carga de significados fatales como; la convicción de la “muerte inevitable”, dolor, sufrimiento, desfiguración corporal, entre diversos aspectos negativos que intervienen en el funcionamiento psicosocial del paciente con cáncer. Es importante señalar la escasez de investigaciones respecto a los aspectos psicológicos en los pacientes oncológicos.

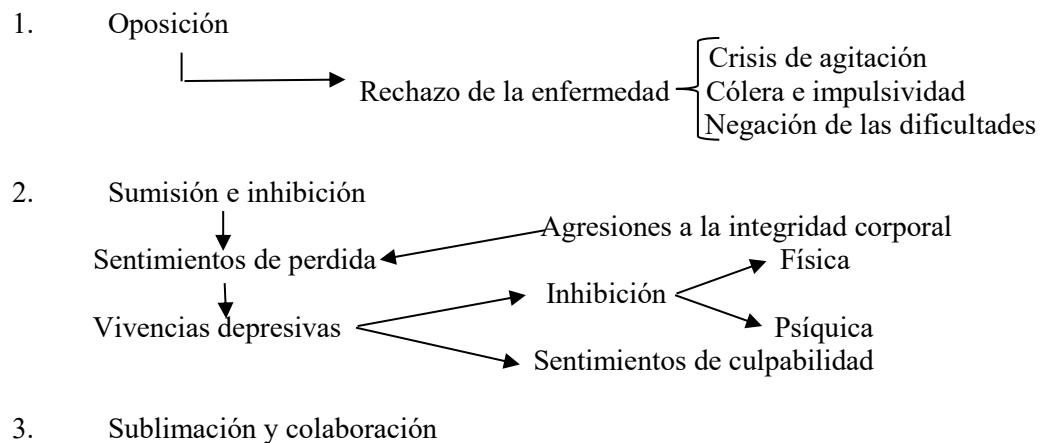
Para el paciente con cáncer, recibir un diagnóstico suele ser devastador, debido a que padece una enfermedad que amenaza potencialmente su vida. De acuerdo con estudios de Cohn y Lazarus (1979 en Velázquez, García, Alvarado y Angeles, 2007), observaron que el individuo con cáncer presenta una serie de pensamientos “amenazantes” ante esta enfermedad, los cuales son: a la vida, la integridad corporal, la incapacidad al dolor, la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la ira, modificar los roles socio-profesionales, la separación familiar, la hospitalización, los tratamientos, el comprender la terminología médica, la toma de decisiones en momentos de estrés, la necesidad de depender de otros, perder la intimidad física y psicológica. Por tal motivo, el paciente se ve en la necesidad de responder ante estas amenazas y adaptarse brusca y repentinamente a la nueva realidad. El paciente con cáncer se encuentra sometido a un intenso estrés, además de que suelen experimentar sentimientos relacionados con la inseguridad,

temor, hostilidad y culpa (Marsillac, 1998 en Florez. 1994). No cabe duda de que la mayoría de los pacientes con cáncer sufren variados y graves problemas psicosociales.

En el mundo millones de mujeres al año se enfrentan ante un diagnóstico de cáncer de mama; desde el momento en que se produce la sospecha hasta que se realiza realmente el diagnóstico, la mujer estará indudablemente sujeta a mucha ansiedad. En realidad, una intensa ansiedad, intranquilidad, desasosiego, malestar físico, tensión psíquica, irritabilidad, y algunas veces junto con preocupaciones suicidas, han sido descritas por Laxenaire y cols. (1971) en sus estudios.

De acuerdo con Florez (op.cit.) la reacción de la mujer ante el cáncer de mama suele presentarse de la siguiente manera: En cuanto se da el diagnóstico de cáncer de mama, por lo regular inmediatamente después de un primer momento o estadio de “rechazo de la enfermedad” (negación), con fuertes dosis de ansiedad y conductas manifiestas de agitación (llorar desconsoladamente, ira e impulsividad), la mujer se sumerge a una profunda “inhibición”, es decir, un estado anímico caracterizado por los “sentimientos de pérdida” y las “vivencias depresivas”, como consecuencia de agresiones a su integridad corporal y, sobre todo, a su “femineidad”, estética y belleza corporal. Finalmente, la mujer puede utilizar fácilmente la sublimación que sirve para descargar su ansiedad y/o angustia (figura 6).

Fig 6.
Reacciones psicológicas ante la enfermedad grave y prolongada



Fuente: Florez (1994)

Ahora bien, el diagnóstico de cáncer de mama suele producir severos choques emocionales, estos llegan a generar en las pacientes diversos síntomas angustiosos y miedo a graves e inevitables dolores provocados por la enfermedad, desfiguración e incapacidad del propio cuerpo y rechazo social (Barbón y Beato, 2002 en García-Viniegras, 2007 y Jenkins, 1976).

Habitualmente encontramos que los sufrimientos o trastornos más comunes que padecen las mujeres con cáncer de mama incluyen la ansiedad, la depresión, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (Barbón y Beato, 2002; citados en García-Viniegras et al., 2007 en Pintado, 2014). Las emociones y sentimientos que aparecen están relacionados con la injusticia, desamparo, incertidumbre, impotencia, preocupación y culpa.

Meyerowitz (1980 en Pintado, Ídem) plantea que el impacto psicológico del cáncer de mama se manifiesta en tres áreas:

1. El Área Psicológica, con aparición de ansiedad, depresión e ira.
2. El Área Psicosocial, con notables cambios en la manera de vivir relacionados, sobre todo, con la afectación del estado de bienestar físico.
3. El Área de las Ideas, con temores a la muerte, a la discapacidad y a la mutilación, etc.

Es frecuente que se desorganicen los pensamientos, conductas y emociones, y se modifiquen las relaciones interpersonales, lo que puede llevar a la mujer a la desesperanza. Pero poco a poco las prioridades de su vida comienzan a reorganizarse, así como las de sus seres más cercanos.

Inmediatamente después del diagnóstico, la mujer con cáncer de mama se debe enfrentar ante una gran cantidad de información médica para el tratamiento más adecuado que se llevara a cabo contra la enfermedad. El proceso del tratamiento médico contra el cáncer de seno también supone una etapa sumamente estresante y catastrófica, debido a que los distintos tipos de tratamientos a los que son sometidas estas mujeres suelen traer consigo cambios visibles en su esquema corporal. Con frecuencia, el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de las pacientes, estos cambios pueden ser temporales, como la caída del cabello, o permanentes, como los efectos provocados por la cirugía. En las pacientes con cáncer de mama se ha observado que estos cambios están asociados con la insatisfacción corporal y con el deterioro de la imagen corporal, además de ir acompañados de un gran impacto emocional (Avis, Crawford & Manuel, 2004; Hopwood, Fletcher, Lee & Al Ghazal, 2001; Vázquez, López & Martín, 2004; White, 2000 en Borda; Pérez; Rincón y Rodríguez; 2012).

Los efectos secundarios causados por la quimioterapia y la radioterapia, aunque son temporales resultan ser perjudiciales para la mujer y afectan adversamente en su calidad de vida. La alopecia, el acartonamiento de la piel, la pérdida de la fertilidad y la aparición de sintomatología menopáusica prematura son otros de los factores que contribuyen a la aparición de la ansiedad y la depresión (Torras et al., 2005 en Pintado, op.cit.). La menopausia prematura provocada por estos tratamientos hace que las mujeres sientan mayor estrés psicológico y presenten una peor calidad de vida; además muchas mujeres pueden experimentar la menopausia como una pérdida significativa de su feminidad. Esto hace que se sientan diferentes a las demás mujeres de su edad y tengan constantes preocupaciones debido a la pérdida de la menstruación y la fertilidad (Avis et al., 2004; Tish et al., 2006 en Pintado, Ídem).

De todos los tratamientos contra el cáncer de mama el que resulta ser más adverso para la paciente es la mastectomía radical, este es considerado como el tratamiento primario debido a que regularmente las pacientes se encuentran en etapas muy avanzadas de la enfermedad. La mastectomía radical consiste en la mutilación de toda la mama y los ganglios linfáticos; que ciertamente podría evitarse mediante un diagnóstico precoz. La pérdida del seno por lo regular genera un gran malestar físico y psicológico debido al cambio visible en su imagen corporal. En

general se ha argumentado que la mastectomía radical posee mayor impacto negativo sobre el bienestar emocional y la calidad de vida de las pacientes (Toledo et al., 1996 en Pintado, op.cit.).

Existen diversas investigaciones que sugieren que las mujeres que experimentan mayor insatisfacción con su imagen corporal son aquellas que creen que sus senos son importantes para su feminidad y atractivo; estas mujeres suelen valorar mucho su apariencia física y se consideran muy femeninas (Carver et al., 1998; Petronis, Carver, Antoni y Weis, 2003; Wellisch, DiMateo y Silverstein, 1989 en Bueno, Manos, Mateos y Sebastián; op.cit.). Los senos tienen trascendentes efectos sociopsicológicos, por tal motivo es conveniente enfatizar la simbología que tiene los senos en nuestra sociedad. Los senos han sido un componente primordial en la valoración de la estética corporal femenina, la mama es sinónimo de belleza, erotismo, sexualidad o reproducción. En general, las personas los reconocen por sus funciones más obvias: belleza, erotismo, sexualidad y nutrición (maternidad - lactancia). Los senos tienen una gran importancia en la identidad femenina, para algunas son lo primero que las define como mujeres y la pérdida de uno equivaldría a la pérdida de la feminidad (Carver, Pozo-Kaderman, Price, Noriega, Harris y Derhagopian; 1998 en Bueno, et al.; Ídem). Así pues, los atributos concernientes en los senos, se ven fuertemente afectados como consecuencia de la agresión quirúrgica.

La vivencia del nuevo esquema corporal en la mujer mastectomizada influye negativamente en su ajuste psicológico; por lo regular se expresa en temas relacionados con las prendas de vestir, la dificultad de verse desnudas ante el espejo, sentimientos negativos por estar asimétricas, entre otros; es por ello que, la actitud ante el nuevo esquema corporal posterior a la mastectomía radical resulta trascendental para la paciente con cáncer de mama; generalmente las mujeres se rehúsan a observar y mirar la cicatriz de la cirugía. De acuerdo con lo anterior, Hopwood (1993) menciona una serie de respuestas que presentan las mujeres mastectomizadas:

- a) Insatisfacción con la apariencia.
- b) Pérdida de feminidad.
- c) Evitar mirarse a sí misma desnuda.

- d) Sentirse menos atractiva.
- e) Efectos adversos del tratamiento.
- f) Preocupación por la apariencia.
- g) Insatisfacción con la cicatriz.

Otra variable importante que resulta ser afectada en estas pacientes es la sexualidad, esta constituye una pieza clave en su devenir psicológico, particularmente en la en la mujer mastectomizada. Tras la intervención quirúrgica y las agresiones reales y simbólicas a su cuerpo y femineidad, la mujer no responde sexualmente y parece estar libre de sentimientos eróticos, de respuestas sexuales y falta de excitación. Como es natural, esta falta de libido puede constituir un serio peligro para los estados de angustia y para el desequilibrio de la pareja. La mastectomía suele generar en las pacientes sentimientos de extrañeza y vergüenza que las lleva a evitar activamente el contacto sexual. Esta dificultad de aceptación de su nuevo esquema corporal se correlaciona con una elevada ansiedad que impide realmente cualquier forma de sexualidad.

La quimioterapia y la radioterapia también traen consigo efectos secundarios que afectan notablemente en la libido y la fertilidad de la mujer; estos tratamientos suelen causar sequedad vaginal, por lo que, a menudo provocan un descenso significativo de su actividad sexual (Sebastián, 2003). La severidad de la disfunción sexual después de la quimioterapia puede ser alta; diversos estudios muestran en sus informes que entre el 50-60 % de las mujeres con cáncer de mama experimentan disfunción sexual más allá de 12 meses después del tratamiento (Lindley, Vasa, Sawyer y Winder, 1998; Dow, Ferrell, Leigh, Ly y Gulasekaram, 1996).

No cabe duda de que los cambios debidos al cáncer y sus tratamientos influyen negativamente en la imagen que las pacientes tienen de su propio cuerpo (White, 2000), provocando desórdenes afectivos, así como cambios en la sexualidad y en la autoestima (Hopwood & Maguire, 1998). De todos los diagnósticos oncológicos, el cáncer de mama ha sido destacado por su mayor efecto en la imagen corporal de las pacientes (Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green & García, 1997). Sin embargo, la mayor relevancia no está representada por el cambio objetivo que ha sufrido la mujer, sino por el significado que le atribuye (Raich, 2000 en Bueno, et al., op.cit.).

El impacto del cáncer de mama en su ajuste psicológico varía entre las mujeres y cada mujer reaccionará de manera diferente. La incertidumbre que se presenta al identificar en su cuerpo algo nuevo, distinto, “raro” o diferente, generalmente provoca inquietud, preocupación y miedo, pero la reacción de cada una será acorde a su personalidad y experiencia (Baum, Buzar y Cuzick, 2002 en Beltrán, 2013). Otros factores que se han estudiado para comprender el ajuste psicológico de la paciente a la enfermedad han sido el grado de “percepción de control” (Neipp, López-Roig, Terol & Pastor, 2009) o las estrategias de afrontamiento empleadas por las pacientes para luchar contra el cáncer (Anarte, Esteve, Ramírez, López & Amorós, 2001; Cardenal, Ortiz-Tallo, Martín-Frias & Martínez-Lozano, 2008; Collie et al., 2005; Font & Cardoso, 2009 en Bueno, et al., op. cit.).

El apoyo social, en particular el de la familia y la pareja, presenta un efecto amortiguador de los efectos de la enfermedad. Se presenta en numerosos estudios como una variable que ayuda a disminuir los niveles de distres y a aumentar la calidad de vida de las pacientes (Compas y Luecken, 2002; Schover et al., 1995 en Pintado, op. cit.). La pareja deberá entender la necesidad de una adaptación a ese nuevo esquema corporal y a los diversos tratamientos a los que es sometida la paciente. La aceptación del nuevo esquema corporal por parte del cónyuge resulta fundamental, es necesario que él se acerque y se adapte a la nueva imagen de la mujer. Es conveniente que la pareja participe desde un principio en todo el proceso de la enfermedad, respetando siempre la libertad de decisión de la paciente e incluso puede presenciar los tratamientos que se le administraran para asimilar y adaptarse a la nueva estructura física de la mujer.

Por otro lado, se ha demostrado que distintos factores sociodemográficos como el nivel educativo y la edad influyen en la reacción que presenta la mujer ante el cáncer de mama y la pérdida del seno. Una de las variables relevantes es la edad, la cual representa un papel muy importante en el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama. Las mujeres más jóvenes presentan mayor distres, peor bienestar emocional, mayores niveles de ansiedad, mayores necesidades de encontrarse a sí mismas, y mayores preocupaciones sobre los ingresos, el trabajo y la autoimagen que las mujeres más mayores (Tish et al., 2006; Ganz et al., 2002; Compas y Luecken, 2002; Al Ghazal et al., 2000; Spencer et al., 1999; Cotton et al., 1999; Skrzypulec et al., 2007 en Pintado, Ídem). De la misma manera, en las mujeres jóvenes, el impacto psíquico es mayor, mientras que en mujeres más grandes la afectación siempre es menor aceptando bastante mejor la enfermedad y la amputación de la mama. Autores como Ganz (2008 en Bueno, et al., op. cit.) han mostrado que los principales factores de riesgo para un mayor malestar emocional de estas mujeres eran los siguientes: edad, trastorno mental previo o historia de malestar emocional anterior, presencia de otras enfermedades comórbidas y escaso apoyo social.

El nivel educativo también resulta relevante; en algunos estudios, se observa que, a mayor nivel educativo de las pacientes, menor distres, menor depresión y presentaban menores problemas interpersonales (Carver et al., 2005; Compas y Luecken, 2002; Schover et al., 1995 en Pintado, op. cit.).

Capítulo 5.

Método

1. Planteamiento del problema

1. Pregunta de investigación

¿La mastectomía radical se relaciona con insatisfacción en la imagen corporal y baja autoestima en la mujer con cáncer de mama?

2. Objetivo general

Conocer si la mastectomía radical influye en la manera en la que la paciente con cáncer de mama se percibe a sí misma generando insatisfacción en su imagen corporal y baja autoestima.

2.1. Objetivos específicos

- 1) Conocer si la insatisfacción con la imagen corporal se relaciona con baja autoestima en la paciente mastectomizada.
- 2) Conocer la satisfacción con la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas.
- 3) Conocer si existen diferencias con la satisfacción corporal y la autoestima por grupo de edad.

3. Hipótesis

Hi.1: La mastectomía radical provoca insatisfacción con la imagen corporal y baja autoestima en las mujeres con cáncer de mama.

Hi. 2: Las mujeres más jóvenes presentan mayor insatisfacción con la imagen corporal y baja autoestima que las mujeres de mayor edad.

Hi. 0: La mastectomía radical no causa insatisfacción en la imagen corporal y baja autoestima.

4. Variables

Definición conceptual

Imagen corporal. Representación mental de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo (Slade, 1994 citado en Baile, 2002).

Autoestima. Evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, digno, con éxito y merecedor (Coopersmith, 1967 citado en Mruk, 1998).

Definiciones operacionales

Imagen corporal.

Medida a través del *Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover*.

Autoestima

Medida a través de la *Escala de Autoestima de Rosenberg* - Test con 10 ítems o reactivos.
Y, *Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover*.

5. Muestra

Para la realización del presente estudio se contó con la participación voluntaria de 20 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y mastectomía radical modificada; además de encontrarse en tratamiento de quimioterapia.

Estas pacientes se reclutaron en Centro Médico Nacional Siglo XXI- Hospital de Oncología que acudieron a las asociaciones Conocer Para Vivir y Toca Compartir es Vivir AC. Cada una de las participantes estaba en tratamiento de quimioterapia y todas tenían mastectomía radical modificada en un seno; cuya edad fluctuó entre los 37 y 65 años, con un promedio de 51.7 años.

Criterios de Inclusión:

1. Mujeres con mastectomía radical modificada en tratamiento adyuvante (quimioterapia).

El muestreo fue no probabilístico intencional.

6. Instrumentos

Con el fin de obtener información general de la muestra se aplicó un cuestionario de datos personales [ver Anexo I]. Los datos personales recopilaron información referente a: Lugar de residencia, edad, estado civil (años de casada), número de hijos, escolaridad y ocupación.

Posteriormente, para poder identificar el nivel de autoestima de las mujeres mastectomizadas, se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) [ver Anexo II]. Test de autoaplicación (lápiz-papel), constituida por 10 reactivos referidos a la valoración global que hace el individuo respecto de sí mismo. Las opciones de respuestas de cada reactivo son cuatro (Escala tipo Likert):

- 1) Estoy muy de acuerdo
- 2) Estoy de acuerdo
- 3) No estoy de acuerdo
- 4) Estoy muy en desacuerdo

De los 10 ítems, 5 están direccionados positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y 5 negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10). La graduación de respuestas tiene 4 puntos (1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = muy de acuerdo) y se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente; los valores teóricos fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima).

La EAR es uno de los test ampliamente utilizados por la comunidad científica, debido a que muestra una buena consistencia interna y fiabilidad test – retest; además de una adecuada validez discriminante; como, por ejemplo, con respecto a medidas de satisfacción con la vida, el optimismo y los resultados académicos (Blascovich y Tomaka, 1991; Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling, y Potter, 2002; Blascovich y Tomaka, 1991; Lucas, Diener y Suh, 1996; Robins et al., 2001 en Friederike y Ulrich, 2013). Como se ha mencionado anteriormente, la medida de esta escala de autoestima ha demostrado adecuada confiabilidad y validez, la consistencia interna obtuvo un alfa de Cronbach que va desde 0.77 hasta 0.88 (Rosenberg, 1986 en Borda, Pérez, Rincón y Rodríguez, 2012). La relación de la autoestima con los distintos componentes del autoconcepto se ha visto apoyada en la validación para la población española con la EAR (Rosenberg, 1989; ver Martín Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007 en Caño y Rodríguez, 2012).

Cuando las mujeres de la muestra terminaban de contestar el cuestionario anterior, se aplicó el Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover (DFH); este instrumento es una forma de expresión gráfica considerado especialmente sensible para rebelar aspectos inconscientes de la conducta de cada individuo, el cual permite provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas. Mediante esta prueba el sujeto vehiculiza aspectos de la personalidad en relación a su autoconcepto e imagen corporal, comprendiendo que, el dibujo de una persona, al envolver la proyección de la imagen de un cuerpo, ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflictos del cuerpo de cada persona (Goodenough, 1951 en Baeza y Rivera, 2010). Koppitz agrega que el DFH también reflejaría “el estadio actual de desarrollo mental y las actitudes y preocupaciones en un momento dado, todo lo cual cambiará con el tiempo debido a la maduración y la experiencia (Koppitz, 2006 en Baeza y Rivera, Ídem), es decir, el DFH detectará

los cambios tanto evolutivos como emocionales en el sujeto. Su interpretación es global y su aplicación fue a través de una consigna verbal.

7. Tipo de estudio

El tipo de investigación fue de enfoque cuantitativo nominal y de alcance descriptivo, debido a que se buscó describir y especificar las características de las mujeres mastectomizadas.

8. Diseño

El diseño es no experimental transversal. Esto porque no se manipularon las variables, se llevó a cabo en un contexto natural y la recolección de los datos fue en un solo momento.

9. Procedimiento

Inicialmente, el proyecto de investigación fue presentado al Jefe de Trabajo Social de Centro Médico Nacional Siglo XXI- Hospital de Oncología, quien concedió el permiso para la aplicación de los instrumentos con la previa autorización de sus directivos. Los instrumentos se aplicaron simultáneamente en dos sesiones de grupos homogéneos. La aplicación de los instrumentos fue llevada a cabo tras la finalización del Taller “Luce bien para sentirte mejor” impartido por la asociación “Toca Compartir es Vivir AC” (este taller consiste principalmente en la exposición de tips de belleza y maquillaje para las pacientes oncológicas). Los instrumentos no se pudieron aplicar en distintos momentos o áreas del hospital debido a la política en el tiempo y espacio de la institución.

En primera instancia, a las mujeres de la muestra se les comentó el objetivo de la investigación, se les preguntó si deseaban participar en ella contando con su consentimiento. En ese momento se hacía una pausa para preguntar si tenían alguna duda sobre la investigación, si era el caso se les aclaraba y si no existían dudas se continuaba con la evaluación. A continuación, se les entregaron los cuestionarios. Les informaba que estaría disponible para disipar cualquier duda; cuando alguna mujer tenía duda acerca de alguno de los test estas eran aclaradas inmediatamente.

En cuanto a la aplicación del Dibujo de la Figura Humana (DFH), las mujeres esperaban en silencio a que las demás terminaran de resolver la EAR. Cuando todas finalizaban, se les dio la siguiente consigna: “En esta hoja, me gustaría que hagan un dibujo de una figura humana, pueden borrar cuantas veces quieran y tomar el tiempo que necesiten. De preferencia háganla lo mejor que puedan”.

Al finalizar, se les preguntaba nuevamente si tenían alguna duda sobre los test, sobre la claridad de los reactivos, sobre la sesión o sobre el estudio. Se les agradecía a las mujeres por su participación, su tiempo y disposición por participar en la investigación.

Capítulo 6.

Resultados

Los resultados obtenidos en la investigación se presentan de la siguiente manera: inicialmente se observan los datos sociodemográficos, posteriormente se muestra la distribución que tuvo cada una de las mujeres de la muestra en la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y por último se encuentra el análisis del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover (DFH). El análisis de los resultados se llevó a cabo a través de la estadística descriptiva.

En el caso de los datos sociodemográficos, los reactivos estuvieron encaminados en conocer los datos generales de cada una de las mujeres. La mitad de las participantes se encontraban casadas (55%) y la mayoría tenían dos hijos (45%), las características de las participantes aparecen con mayor detalle en la tabla 1.

La media obtenida fue de 51.75 años de edad con una DE= 7.44.

Tabla 1.
Datos sociodemográficos (N= 20)

Estado Civil f	Años de casada f	Número de hijos f	Escolaridad f	Ocupación f
Soltera 5	Entre 6 y 10 años 1	Ninguno 1	Primaria completa 4	Ama de casa 7
Casada 11	Entre 11 y 15 años 1	Dos 9	Secundaria completa 4	Empleada 7
Divorciada 4	Entre 21 y 25 años 2	Tres 6	Preparatoria incompleta 1	Comerciante 1
	Más de 25 años 9	Cuatro 1	Preparatoria completa 4	Profesionista 3
	No específico 7	Cinco 1	Licenciatura incompleta 2	Maestra 1
		No específico 2	Licenciatura completa 3	Otro 1
			Estudios de posgrado 1	
			No específico 1	

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Se empleó la estadística descriptiva para el análisis de la EAR. Los puntajes obtenidos por las mujeres de la muestra fluctuaron entre 15 y 34 puntos. La media general fue de 24.7 con una desviación estándar de 6.12. En la tabla 3 se muestra el puntaje obtenido en cada reactivo y el puntaje total que obtuvo cada mujer de la muestra.

Tabla 2.
Puntaje de cada reactivo y total en la Escala de Autoestima de Rosenberg

Reactivo N = (20)	Puntaje de cada mujer																			
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t
1. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.	2	3	3	4	2	4	2	2	2	4	3	3	4	3	4	3	2	4	3	2
2. Creo tener cualidades buenas.	2	2	3	4	2	4	1	3	2	4	4	3	4	2	4	3	2	3	3	2
3. Me inclino a pensar que, en conjunto soy un fracaso.	2	2	3	3	2	4	2	3	2	3	3	4	4	3	4	3	3	2	2	2
4. Puedo hacer cosas tan bien como la mayoría de las personas.	2	2	4	4	3	4	1	2	2	4	1	4	4	2	4	4	4	3	3	2
5. Creo que tengo muchos motivos para enorgullecerme.	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2
6. Asumo una actitud positiva hacia mí misma.	2	2	3	4	3	4	2	3	2	4	2	3	4	1	4	3	2	3	3	1
7. En general, estoy satisfecha conmigo misma.	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	1	3	3	2	3	3	2	2	3	2
8. Desearía sentir más aprecio por mí misma.	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1
9. A veces me siento realmente inútil.	1	2	3	3	3	4	1	3	2	3	2	3	4	2	2	3	3	3	3	1
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	4	3	4	4	1	3	2	3	2	3	4	2	3	3	3	2	3	1
Total X = 24.7	16	19	30	32	24	34	15	25	18	30	21	29	34	19	30	28	24	24	26	16

A continuación, se presenta gráficamente la puntuación total ordenada de menor a mayor obtenida de cada mujer de la muestra. La figura 7, como se ha mencionado anteriormente, nos muestra las puntuaciones totales que obtuvo cada mujer en la Escala de Autoestima de Rosenberg.

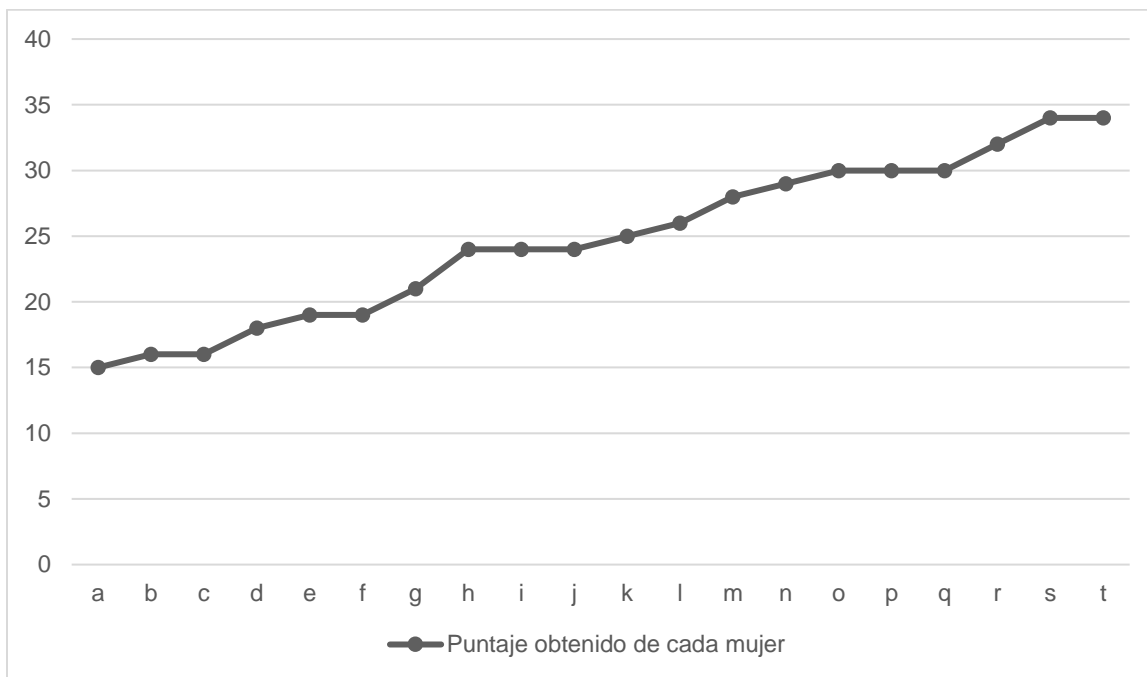


Figura 7.
Puntaje total de cada mujer en la EAR

Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover (DFH)

En la presente investigación se trabajaron con 81 indicadores gráficos, los cuáles fueron dicotomizados según la ausencia o presencia de cada uno de éstos. De esta manera se evitó una excesiva dispersión de los casos en las categorías de cada indicador gráfico. Considerando que las variables de estudio son datos nominales, se realizó un análisis descriptivo de los datos o indicadores gráficos; para así evaluar la hipótesis en relación con las mujeres mastectomizadas. Para el análisis de cada uno de los dibujos se utilizó el Manual H-T-P [House-Tree-Person] (Buck, 1995) y el libro de Portuondo (1997) que hace referencia al Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover.

En cuanto al análisis de los dibujos, primero se procedió a obtener - mediante un análisis exhaustivo -, cada uno de los indicadores gráficos que se observaban en el DFH de cada mujer. Posteriormente se les asignó un número para distinguirlos entre sí y para conocer si existía presencia o ausencia de algún indicador. Como ya se ha mencionado anteriormente, se puede apreciar que el trabajo se llevó a cabo mediante una escala nominal.

A continuación, se muestra el análisis de los datos. En relación a los 81 indicadores gráficos, existieron diez que se presentaron con mayor frecuencia en el DFH de las mujeres mastectomizadas. En la tabla 4, se pueden observar dichos indicadores.

Tabla 3.
Indicadores gráficos que surgieron con mayor frecuencia en el DFH de las mujeres mastectomizadas (N=20)

Indicador gráfico	Presencia del Indicador f (%)
Micrografía	10(50%)
Línea de esbozo	12 (60%)
Nariz en forma de línea, botón o triángulo	18(90%)
Cabeza/cara redonda	13(65%)
Cabello desordenado, ondulado o forma de cascada	11(55%)
Boca cóncava	14(70%)
Pies en direcciones opuestas	10(50%)
No cierre en parte inferior del torso	10(50%)
Omisión de manos	10(50%)
Omisión de senos	17(85%)
Torso distorsionado	12 (60%)

Considerando lo anterior, se puede observar en la tabla 3, que existen indicadores gráficos en el DFH de Machover en las mujeres mastectomizadas referentes a la baja autoestima y a la preocupación por la imagen corporal, entre ellos se encuentra la *micrografía* (50%), la *línea de esbozo* (60%) y el *énfasis en el cabello* (55%). Estos indicadores gráficos, se refieren a una pobre valoración que tiene el individuo de sí mismo, a la inseguridad, timidez, a un autoconcepto devaluado, ansiedad; además de que suele relacionarse con síntomas depresivos. Cabe destacar que el 85% de las mujeres de muestra omitieron los senos en sus dibujos, además de que el 60% dibujó el torso distorsionado.

Además de los indicadores gráficos presentados anteriormente, existieron otros indicadores que aparecieron repetidamente en el DFH de las mujeres mastectomizadas. Estos se pueden apreciar en la tabla 4.

Tabla 4.

Indicador gráfico	Presencia del Indicador f (%)
Posición de la hoja:	
Arriba	6(30%)
Izquierda	6(30%)
Botones en la línea media/Énfasis en la línea media	8(40%)
Hombros desiguales	6(30%)
Omisión de hombros	7(35%)
Omisión de la línea de la barbilla	9(45%)

Tras lo expuesto anteriormente se puede ostentar que las mujeres de la muestra se encuentran sometidas ante una gran preocupación somática, con sentimientos de inferioridad corporal, dependencia e inadaptación. Lo anterior se representa en el indicador grafico *botones en la línea media*, el 40% de las participantes presentaron este indicador. La *omisión de la línea de la barbilla*; presentado en el 45% de las mujeres, indica que presentan displacer corporal. Por otro lado, es importante señalar los indicadores gráficos que se manifestaron en la parte de los hombros de los dibujos; este indicador se presentó en los dibujos de las mujeres mastectomizadas como *hombros desiguales* (30%), o bien, existió *omisión de los hombros* (35%); esto quiere decir, de acuerdo con Machover que existe en estas mujeres, un desequilibrio de la personalidad con sentimientos de inferioridad. En la figura 8 se puede observar la distribución de frecuencias de los indicadores gráficos de la tabla 4.

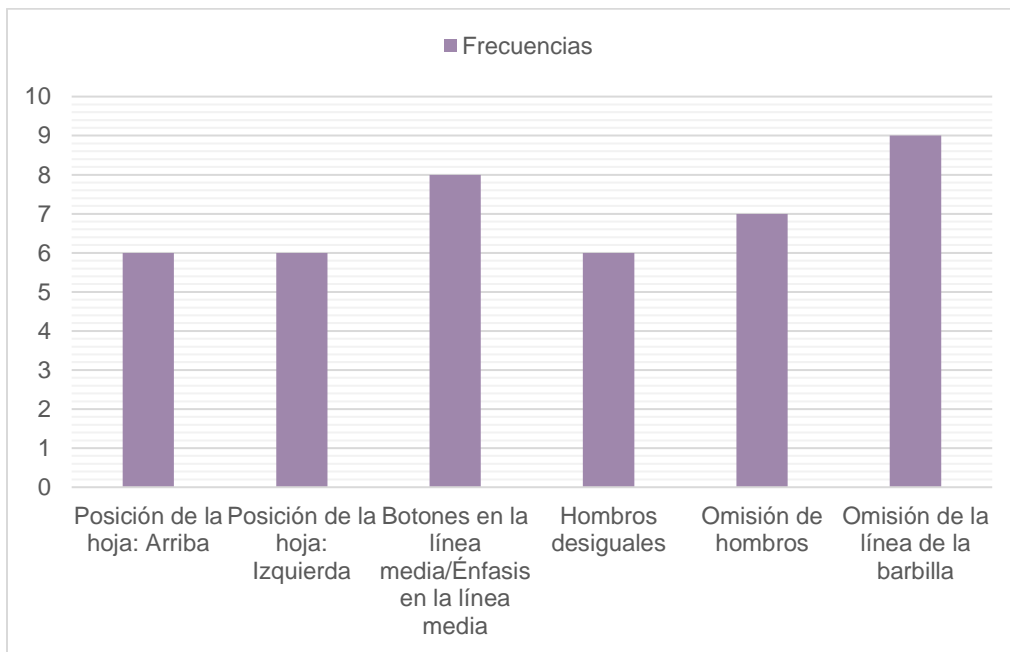


Fig. 8.

Otros indicadores gráficos que se presentaron en los DFH de las mujeres de la muestra, fueron los referentes a las manos; la mayoría de muestra dibujó las *manos con contornos imprecisos o distorsionados* (25%) u *omitieron las manos* (50%), estos indicadores se refieren a la falta de confianza en el contacto social o renuencia a establecer contacto íntimo en las relaciones interpersonales, además de sentimientos de inadecuación. Los *dedos como púas* se presentaron en el 35% de las mujeres de la muestra, esto quiere decir que las mujeres se encuentran hostiles y suelen ser impulsivas (actingout). Por otro lado, el 30% de las mujeres de la muestra dibujaron la *figura desnuda*, esto quiere decir que presentan conflictos sexuales. En la tabla 5, se aprecia la distribución de frecuencia y porcentual de dichos indicadores gráficos.

Tabla 5. Otros indicadores gráficos presentes en el DFH de las mujeres mastectomizadas.

Indicador gráfico	Presencia del indicador f (%)
Ojos como punto	6(30%)
Manos con contornos imprecisos	5(25%)
Dedos en forma de púas	7(35%)
Figura parada de puntas	7(35%)
Figura desnuda	6(30%)

Para observar con mayor claridad la distribución de frecuencias de los indicadores gráficos de la tabla 5; a continuación, se pueden apreciar en la figura 9 dichas frecuencias.

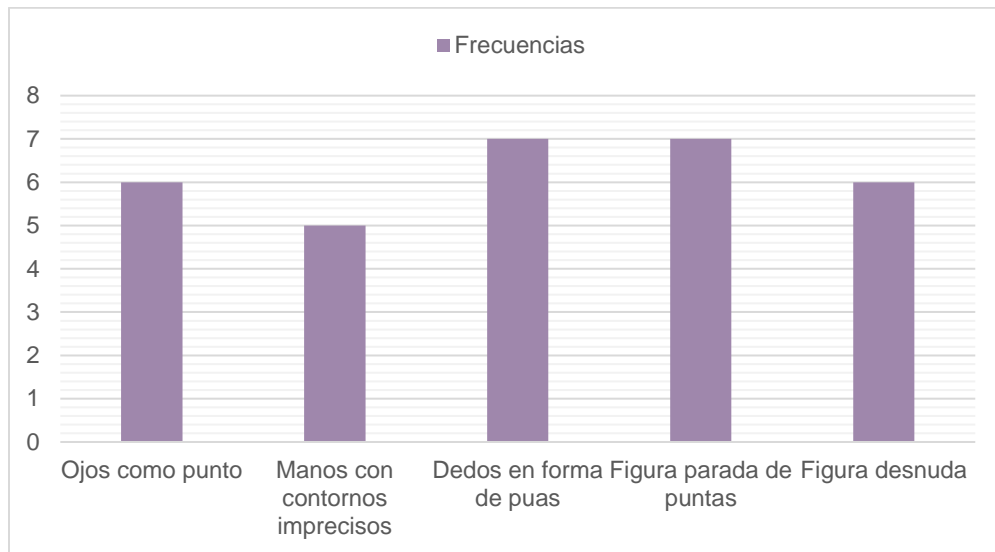


Fig. 9. Otros indicadores gráficos presentes en el DFH de las mujeres mastectomizadas

Considerando todo lo anterior, se puede observar la relación existente entre los indicadores gráficos presentados por las mujeres mastectomizadas y la somatología que se presenta como consecuencia de la extirpación quirúrgica de la mama, dando un panorama general de estado emocional en el que se encuentran estas mujeres.

Discusión

Tomando en consideración la incidencia y prevalencia del cáncer de mama en las mujeres de nuestro país; en dónde la mayoría de los diagnósticos no son oportunos y se registran cuando la mujer se encuentra en etapas muy avanzadas de la enfermedad, el presente estudio tuvo como objetivo conocer si el nuevo esquema corporal de la mujer mastectomizada trae consigo insatisfacción en su imagen corporal y su autoestima; y en función de lo anterior sugerir la relevancia de las alteraciones de la imagen corporal y la baja autoestima como variables para considerar en la comprensión y tratamiento terapéutico en las mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical. La necesidad de realizar la presente investigación, surge de la magnitud de casos nuevos de cáncer de mama en las mujeres mexicanas; está claro que en la actualidad este tipo de neoplasia maligna es una de las enfermedades con mayor tasa de incidencia y mortalidad a nivel mundial, además de que comienza a abarcar a grupos de edad cada vez más amplios. Otra necesidad que surge para la realización de la presente investigación es debido a la poca gama de información y estudios que enfatizan esta problemática.

En lo referente al objetivo principal de la presente investigación, los datos obtenidos señalan que las pacientes con mastectomía radical modificada se encuentran sometidas a un importante desajuste psicológico debido a la enfermedad y a sus tratamientos.

El grueso de la población mundial femenina afectada por el cáncer de mama se encuentra entre las mujeres maduras además de que el riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta a medida que la mujer envejece (ACS, 2014); lo anterior se puede apreciar en las variables sociodemográficas de la presente investigación. La muestra estuvo comprometida por mujeres entre 37 y 65 años con una edad promedio de 51.7 años, situación que refleja un incremento con la edad en la aparición de esta enfermedad. Los datos obtenidos también permiten apreciar que, de manera general, la muestra se compone en su mayoría de mujeres maduras de acuerdo con los estadios propuestos por Santrock (2006), el tiempo que abarca esta etapa vital oscila entre los 40 a los 60 años de edad aproximadamente.

Como se puede apreciar, cuánto más envejece la mujer, más alto es el riesgo de padecer cáncer de mama (especialmente en la madurez); tomando en cuenta que estas cifras son promedios, puede que el riesgo individual de cáncer de mama sea más alto o más bajo, según una serie de factores de riesgo que incluyen antecedentes familiares, antecedentes reproductivos y diversos factores ya mencionados en la revisión de la literatura. Es decir, los agentes causantes de este padecimiento son diversos, todo se reduce a la individualidad y al estilo de vida que cada uno posee.

Continuando con las variables sociodemográficas de la presente investigación; en el análisis también fue importante considerar la variable edad. La cual representa un papel importante en el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama. Diversos estudios señalan que las mujeres más jóvenes presentan mayor estrés, peor bienestar emocional, mayores niveles de ansiedad, mayores necesidades de encontrarse a sí mismas, y mayores preocupaciones sobre los ingresos, el trabajo y la autoimagen que las mujeres mayores (Tish et al., 2006; Ganz et al., 2002; Compas y Luecken, 2002; Al Ghazal et al., 2000; Spencer et al., 1999; Cotton et al., 1999; Skrzypulec et al., 2007 en Pintado, 2014). Sin embargo, este estudio provee evidencia de que la variable edad no resultó ser significativa para el bienestar emocional de la paciente mastectomizada, debido a que el desajuste psicológico afecto desde la mujer más joven a la mujer de mayor edad.

Realizando un análisis más específico; la evaluación que se llevó a cabo con el DFH, permitió identificar de manera general la presencia significativa de síntomas relacionados con la insatisfacción corporal, baja autoestima, conflictos sexuales, indicaciones de depresión y ansiedad y problemas psicosociales en las mujeres con mastectomía radical. Confirmando con diversas investigaciones que, las alteraciones debidas al cáncer de mama y sus tratamientos influyen de manera negativa en la imagen que la paciente tiene de su propio cuerpo; es decir, suele producir insatisfacción corporal y deterioro en la imagen corporal (Anderson y Johnson, 1994; Carlsson y Hamrin, 1994; Freedman, 1994; Stanton y Reed, 2003 en Borda, et.al, 2012). También se ha descubierto que los trastornos afectivos y las alteraciones en la autoestima y la

sexualidad son síntomas presentes en estas mujeres (Derogatis, 1986; Hopwood, 1993; Hopwood y Maguire, 1988; Koleck, Bruchon- Schweitzer, Cousson-Gelie, Gilliard y Quintard, 2002 en Bueno, et. al., 2007).

El bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama por ende se ve afectado y tal como se refleja en numerosos estudios. Normalmente, se suele entender, y los estudios así lo avalan, que las pacientes con cáncer de mama tienen mayor propensión a la depresión y ansiedad después de serles diagnosticada la enfermedad y tras el tratamiento, debido tanto a la posible mutilación de la mama como a los efectos secundarios de la quimioterapia (Barreto y Pintado, 2011; Bellver, 2007; Toledo, Ferrero y Barreto, 1994; Zhao et al., 2001; Torras et al., 2005; Olivares, Naranjo y Alvarado, 2007; Pintado et al., 2011 en Pintado, op. cit.).

En relación con los indicadores gráficos que aparecieron con mayor frecuencia en los dibujos de las mujeres de la muestra. De acuerdo con Machover (Portuondo, 1997) y Buck (1995), la *boca cóncava*; la *línea de esbozo*; la *micrografía*; el *cabello desordenado, ondulado o en forma de cascada* y el *torso no cerrado en su parte inferior*; muestran características asociadas con baja autoestima (pobre valoración de sí mismas, Yo débil, autoconcepto devaluado, dependencia, inseguridad, indecisión, timidez), ansiedad, depresión (aislamiento, introversión, miedo), insatisfacción corporal (preocupación por la apariencia, demanda de atención y aprobación) y conflictos con la sexualidad (preocupación y desorden sexual). Además, se observa que existen en estas mujeres sentimientos de inadecuación con dificultad y renuencia a las relaciones psicosociales (Buck, Ídem), lo anterior se representa en el indicador *omisión de manos*; en este sentido es preciso señalar que uno de los efectos psicológicos del impacto del cáncer de mama es en el área psicosocial. Al respecto, Meyerowitz (1980 en Pintado, op. cit.) plantea que el impacto psicológico de la paciente, se presenta en el área psicosocial debido a los notables cambios en la manera de vivir; relacionados, sobre todo, con la afectación del estado de bienestar físico debido a los tratamientos oncológicos. Además de que las alteraciones en la imagen corporal y la baja autoestima generan grandes consecuencias psicosociales; la insatisfacción corporal suele producir aislamiento e introversión [p. ej. conductas de evitación o no asistir a determinadas reuniones] (Rosen, 1990 en Raich, 2010) y suelen evitar el contacto social con las personas de su

entorno debido a que sienten que su autoestima puede verse amenazada [p. ej. desinterés por actividades que antes eran atractivas] (Rosenberg y Owens, 2001 en Friederike y Ulrich, 2013).

Asimismo, se observa que existe conflicto y preocupación en relación con el torso y los senos; debido a que, esta investigación halló que, en la mayoría de los DFH, las mujeres de la muestra *omitieron los senos* (85%) o dibujaron el *torso distorsionado* (60%). Por otro lado, los *pies en direcciones opuestas* presentes en el 50% de los dibujos, señalan que existen sentimientos ambivalentes (Buck, op. cit.).

Otros indicadores gráficos – que aparecieron con menor frecuencia, pero resultaron ser significativos-, fueron: *omisión de la línea de la barbilla*, lo cual representa displacer corporal y falta de control sobre impulsos corporales básicos. Los *botones en la línea media/énfasis en la línea media* muestran inmadurez, dependencia (Halpern, 1958 en Buck, op. cit.) y regresión (Wolk, 1969 en Buck, Ídem); además de preocupación somática e inferioridad corporal. Lo anterior concuerda con los hallazgos de diversos estudios, estos muestran que la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal (debido a los tratamientos a los que son sometidas, en especial a la mastectomía radical) y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva. Estas alteraciones físicas debidas al cáncer influyen de forma negativa en la imagen que la mujer tiene de su cuerpo, es decir; se presentan alteraciones en la imagen corporal de la paciente con cáncer de mama (Anderson y Johnson, 1994; Carlsson y Hamrin, 1994; Freedman, 1994; Stanton y Reed, 2003 en Bueno, et. al.; op. cit.).

Estudios previos han señalado la importancia de la insatisfacción con la imagen corporal como predictor en la disminución del interés sexual en las mujeres sobrevivientes del cáncer de mama (Ganz, Desmond, Belin, Meyerowitz y Rowland, 1999 en Juárez y Landero, 2011), también en una evaluación de la trayectoria de los problemas sexuales se reporta que un predictor constante (antes del diagnóstico, después y durante el seguimiento a 6 meses), es una baja percepción del atractivo sexual (un indicador de la imagen corporal) (Burwell et al., 2006 en Juárez y Landero, Ídem). Esta investigación halló indicadores gráficos relacionados con conflictos sexuales, el *cabello desordenado, ondulado o en forma de cascada*, el *torso no*

cerrado en su parte inferior y figura desnuda han sido relacionados con conflictos, preocupación y desadaptación sexual. Dentro de los problemas sexuales asociados al cáncer de mama pueden incluirse una alteración en el deseo sexual que suele derivar en una disminución o bloqueo de éste, una baja actividad sexual, una disminución de sentir placer o ansiedad y dolor durante el acto. Además, se puede producir una pérdida del interés sexual, del atractivo y de la feminidad. Estas alteraciones persisten durante años después de ser diagnosticadas por la enfermedad (Ganz et al., 2002 en Pintado, op. cit.). Es importante señalar que el tratamiento sistemático con quimioterapia o radioterapia repercute también en la imagen corporal de las mujeres, además de en su libido y en su fertilidad (Sebastián, 2003).

Por otra parte, el dibujo posicionado del lado *izquierdo* de la hoja se relaciona de acuerdo con Buck (op. cit.) a preocupación por sí mismo, aislamiento, impulsividad, ruminación acerca del pasado, regresión. La *omisión y desigualdad en el tamaño de los hombros*, muestran desequilibrio de la personalidad y sentimientos de inferioridad. Es por ello que, la baja autoestima es una variable para el desajuste psicológico de la paciente mastectomizada.

Relacionando lo anterior con el análisis descriptivo de la EAR, la media del puntaje crudo de esta escala de autoestima en las mujeres de la muestra se encuentra en 24.7; es decir, la autoestima que presentan; de acuerdo a esta escala, es baja. Confirmando la presencia de baja autoestima en relación con el DFH. Además, existió un reactivo que resultó ser significativo y fue el referente a que las mujeres consideran que deben sentir mayor aprecio por sí mismas. La vivencia del nuevo esquema corporal en la mujer mastectomizada es fuerte generadora de baja autoestima y malestar psicológico. Tras revisar la evidencia científica disponible hasta la fecha, la autoestima no se ha estudiado tanto como la imagen corporal en relación con el cáncer de mama, los resultados de esta escala muestran que la autoestima de las mujeres mastectomizadas no es la adecuada y es necesario elevar esta variable para una buena salud mental en las mujeres con cáncer de mama.

Es importante señalar que esta investigación encontró con el DFH que, en general la tendencia a fantasear está presente en las mujeres de la muestra. Esto se puede observar con los indicadores gráficos *cabeza/cara redonda*; muestra que las pacientes presentan procesos fantasiosos, pocos recursos mentales y rasgos infantiles. El dibujo posicionado en la parte *superior de la hoja*, de acuerdo con Buck (op. cit.); está asociado con la tendencia a fantasear y lucha no realista; y la *figura parada de puntas* se relaciona con un contacto débil con la realidad.

Los resultados generales representados con el DFH y la EAR permiten apreciar que, las mujeres mastectomizadas frecuentemente se hunden en una serie de síntomas relacionados con la baja autoestima y la insatisfacción corporal, con un desajuste psicológico fundamental, tal como: en los conflictos sexuales y la problemática en el área psicosocial (visión negativa del ambiente), además de sintomatología relacionada con ansiedad y depresión; se produce, una ruptura de su realidad con tendencia a fantasear. Por tal motivo, la enfermedad se engrandece precisamente en el símbolo de la imagen corporal (femineidad), de la sexualidad, de su propio “yo” y de su propia existencia. De tal manera que la personalidad de la mujer con cáncer de mama puede quedar dominada por un estado cognitivo negativo, con tendencia a la desesperanza e indefensión y, finalmente, con graves repercusiones en su autoestima e imagen corporal.

Evidentemente, aunque la mastectomía por sí misma causa diversos problemas y cambios en el estado de ánimo, parte del desajuste emocional están directamente relacionados con el conocimiento de que padecen la enfermedad y de todos los tratamientos a los que son sometidas. Como es natural, la repugnancia consciente o inconsciente de lo femenino, del rol sexual, interviene en la respuesta psicológica a esta grave enfermedad. En cualquier caso, la “femineidad” no debería extinguirse como consecuencia de la extirpación radical de la mama; ello exige una intervención psicológica profunda y continua con el fin de preservar la integridad y la dignidad humana de la mujer con cáncer de mama.

Conclusiones

Los hallazgos obtenidos en este estudio, como en otros ya reseñados, revelan que la insatisfacción corporal y la baja autoestima se presentan frecuentemente en la mujer mastectomizada. Asimismo, la aplicación del DFH permitió observar que las pacientes se encuentran sometidas a una gran ansiedad con sintomatología depresiva, además de que presentan conflictos con la sexualidad y en las relaciones psicosociales.

Los tratamientos; especialmente la mastectomía radical, forman en las mujeres un deterioro significativo en su autoestima y su imagen corporal debido a los cambios físicos – visibles - que estos les generan. Se encontró que, la insatisfacción corporal, la autoestima baja, los conflictos sexuales, la ansiedad, los síntomas depresivos y los problemas psicosociales son características que se hallan presentes en la mayoría de las mujeres de la muestra.

Aunque la mayoría de los tipos de cáncer tienen secuelas físicas importantes y en muchos casos el tratamiento necesario (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.) produce alteraciones corporales significativas, se ha venido prestando especial atención en la literatura al tema de la imagen corporal y el cáncer de mama, probablemente por dos razones: a) por su importancia epidemiológica y su -cada vez mayor- carácter crónico y, b) por las importantes connotaciones psicosociales que conlleva para la mujer. Es por ello que, la prevención oportuna contra el cáncer debe ser encarada por los organismos gubernamentales o privados, para que así el diagnóstico sea precoz y se evite considerar a la mastectomía radical como tratamiento primario. Por desgracia, la expansión del cáncer de mama en los países en vías de desarrollo no se ha acompañado de un crecimiento en su detección y tratamiento oportuno. En la mayoría de los países existe poca conciencia de esta epidemia y no se disponen de suficientes servicios de detección temprana. Por lo mismo, la mayoría de los casos se detectan en fases avanzadas. Los

países Latinoamericanos enfrentan un gran reto en extender la detección temprana y reducir la proporción de casos detectados en fases tardías cuando la probabilidad de supervivencia es mucho más baja y los tratamientos requeridos son más caros e invasivos.

Desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta el tratamiento la paciente se encuentra sometida ante un importante desajuste emocional, físico y económico, repercutiendo en lo individual y en quiénes forman parte del entorno de la mujer. En nuestro país, el diagnóstico de los tumores malignos en el seno no es oportuno; por lo general las mujeres se encuentran en estadios muy avanzados de la enfermedad, es por ello que la mastectomía radical pasa a considerarse como el tratamiento primario. De ahí que antes y después de la intervención quirúrgica, independientemente de las características adversas del tumor, sea absolutamente imprescindible considerar y cuidar el estado anímico de la paciente como punto de referencia para una actuación terapéutica realmente eficaz.

Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación, es fácil colegir que es necesario desarrollar programas de información y de diagnóstico precoz del cáncer de mama, al tiempo de realizar programas de formación psicológica profunda, entrenamiento de la pareja y formación de grupos (psicoterapia de grupo) que permitan, una mejor calidad de vida, preservando el equilibrio psíquico de la mujer y su felicidad en el contexto individual, familiar y social.

En conclusión, a la luz de los resultados obtenidos se puede afirmar que desde la intervención quirúrgica y hasta los distintos tratamientos oncológicos, constituyen variables altamente relevantes en la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas. Asimismo, cabe destacar la relevancia del nivel de autoestima en las pacientes, así como con la insatisfacción con la imagen corporal debido al resultado quirúrgico. De este modo, las intervenciones psico-oncológicas deben acontecer en los periodos pre y postquirúrgicos, con objeto de favorecer la adaptación de las pacientes a la cirugía, así como de combatir el descenso consecuente de su calidad de vida. Y teniendo en cuenta los resultados hallados y la contribución teórica de los mismos, sería recomendable considerar los siguientes aspectos, frente al abordaje de las pacientes con cáncer de mama: a) en primer lugar, las mujeres mastectomizadas, manifiestan una mayor insatisfacción

con su imagen corporal y mayor problemática en su sexualidad y b) en segundo lugar, las pacientes mastectomizadas, ven reducido su nivel de autoestima.

Es importante resaltar la ausencia de trabajos sobre la incidencia de los factores psicológicos en el cáncer de mama. En todo caso, todo parece indicar que las necesidades psicológicas y afectivas en este tipo de pacientes han estado prácticamente desatendidas y, en ese sentido, la mujer llega a experimentar importantes trastornos emocionales con somatología angustiosa, de baja autoestima y muchas veces depresiva. Cualquier actuación en el plano psíquico antes y después la intervención quirúrgica parece decisiva, no solo para asegurar el equilibrio psicológico de la paciente, sino también para obtener una mejor calidad de vida con una actitud psicológica de “lucha y combate” frente a la enfermedad.

Finalmente, diversas investigaciones han concluido que la intervención psicológica disminuye los niveles de ansiedad y promueve una mejor calidad de vida en los pacientes con cáncer. Es bien sabido que resultan muy significativos los efectos del apoyo psicológico sobre la autoestima, la sexualidad y la imagen corporal, pues éstos pueden mantenerse a través del tiempo. Es de suma importancia ayudar a la mujer a que se familiarice con su nuevo esquema corporal.

La vida sigue su curso y habrá que continuar, tener cáncer es un gran reto en el que se recomienda vivir el día a día. Ésta es una oportunidad para darse cuenta de que ciertos cambios en la vida pueden ser muy satisfactorios y representan oportunidades de crecimiento. Sin embargo, eso no quiere decir que no habrá momentos desalentadores. Muchas mujeres que han padecido la enfermedad coinciden al afirmar que después de la experiencia no se vuelve a ser la misma y que haber enfrentado cáncer representa una oportunidad para crecer y acercarse más a los seres queridos.

Limitaciones y sugerencias

Es importante manifestar algunas limitaciones implicadas en este estudio, así como posibles propuestas de mejora para futuras investigaciones similares. De acuerdo a las condiciones en las que se llevó a cabo la investigación se sugiere:

En primer lugar, sería recomendable ampliar el número de pacientes evaluadas contribuyendo con otras instituciones de salud, ya que de esta forma se podrían concluir resultados mucho más generalizables.

En segundo lugar, sería aconsejable estudiar las diferencias entre las pacientes pre y postquirúrgicas, de manera longitudinal. Así, se realizaría una evaluación psicológica antes y después de que fueran sometidas a la mastectomía, llevando a cabo nuevas mediciones cuando un número considerable de estas mujeres hubieran llevado a cabo la mastectomía radical. De este modo, se estudiaría la evolución temporal de la sintomatología psicológica, junto a la influencia que el tipo de cirugía mamaria pudiera causar en la misma, y se contaría con una medida premórbida. Igualmente, evaluar a las pacientes desde el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y hasta la mastectomía previa.

En tercer lugar, es importante sugerir al personal médico e institucional, la aprobación de psicólogos clínicos para la realización de investigación con pacientes con cáncer.

Por último, se debe tener en cuenta el empleo de un grupo control, conformado por pacientes con cirugía conservadora de la mama, para realizar comparaciones con otro tipo de cirugías mamarias.

Para estudios posteriores sería prudente realizar entrevistas individuales y un diagnóstico individual por paciente; para así sugerir el tratamiento que mejor se ajuste a las necesidades de cada mujer mastectomizada. Además de correlacionar las variables imagen corporal y autoestima.

Referencias

- Acosta, M. y Beltrán, A. (2014). *Cáncer de mama. El gran reto de la medicina de primer contacto*. México: Trillas.
- Alacid, F., López-Miñarro, P., Muyor, J. y Vaquero-Cristóbal, R. (2013). Imagen corporal; Revisión bibliográfica. *Revista: Nutrición Alimentaria* 28(1), 27-35. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226055004>
- American Cancer Society (2014). *Breast cancer*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
- American Cancer Society (2014). *Breast Cancer in Men*. Recuperado de <http://www.cancer.org/cancer/breastcancerinmen/detailedguide/breast-cancer-in-men-risk-factors>
- American Cancer Society (2014). *The History of Cancer*. Recuperado de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002048-pdf.pdf>
- Aresca, L., Birgin, N., Blum, S., Buceta, E., Figini, M., Gulias, S., Iconikoff, R., Kors, B. y Rosenfeld, C. (2004). *Psicooncología: Diferentes miradas*. Argentina: Lugar Editorial.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Baeza, V. y Rivera, J. (2010). *Indicadores gráficos de la prueba del Dibujo de la Figura Humana en adolescentes hombres y mujeres de 12 a 16 años víctimas de agresiones sexuales*. *Revista de Psicología*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26415221005>

- Baile, J. (2011). *¿Qué es la imagen corporal?* Recuperado de:
https://qinnova.uned.es/archivos_publicos/qweb_paginas/4469/revista2articulo3.pdf
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. España: Martínez Roca.
- Bazán, C. y Rosinella M. (2015). La imagen corporal en los medios de comunicación masiva. *Revista Psicodebate*, 15(1), 23-42. Recuperado de:
http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/15/Psicodebate_N15_02.pdf
- Bell, L. y Rushforth J. (2010). *Superar una imagen corporal distorsionada: Un programa para personas con trastornos alimentarios*. España: Alianza Editorial.
- Blanco, M. (2012). *La representación social de la belleza corporal femenina en mujeres adolescentes*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado de: <http://148.206.53.84/tesiuami/UAMI15762.pdf>
- Borda, M.; Pérez, M.; Rincón, M. y Rodríguez, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. Revista: *Universitas Psychologica*.
- Branden, N. (2010). *Como mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (2011). *El poder de la autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (2014). *La autoestima de la mujer*. México: Paidós.
- Branden, N. (2008). *La psicología de la autoestima*. México: Paidós.
- Branden, N. (2008). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.

Buck, J. (1995). *Manual y guía de interpretación de la técnica del dibujo proyectivo H-T-P*. México: El manual moderno.

Bueno, Ma., Manos, D., Mateos, N. y Sebastián J. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Revista: Scielo*, 18(2), ISSN 1130-5274. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002

Contreras, A. y Ochoa, R. (2010). *Manual de redacción científica*. México: Ediciones de la Noche.

Cope, O. (1987). *Cáncer del seno: Una guía que puede evitar la mutilación de la mujer a cualquier edad*. México: Ediciones científicas la prensa médica mexicana, S.A.

Cruz, S., Rodríguez, S. y Salaberria, K. (2007). *Percepción de la imagen corporal*. Recuperado de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>

Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis.

Florez, J. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: Aspectos psicológicos*. Barcelona: Edikamed.

Friederike J. y Ulrich O. (2013). *Does Low Self-Esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies*. Revista: American Psychological Association

Garza, E. (2004). *Autoestima de mujeres solteras y casadas ente 30 y 40 años con trabajo remunerado*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

- Gómez, A., Sánchez, B. y Mehedero M. P. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Revista: Ágora*, 15(1), 54-63. Recuperado de: http://agora-revista.blogs.uva.es/files/2013/07/agora_15_1d_gomez_et_al.pdf
- González-Arratia, N., Valdez, J. y Serrano, J. (2003). Autoestima en jóvenes universitarios. *Revista: Ciencia Ergo Sum*, 10(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10410206>
- González-Urbaneja I. (2011). *Concepto de belleza*. Recuperado de: <http://bitacoramedica.com/wp-content/uploads/2011/09/Concepto-de-belleza.pdf>
- Haber, S., Acuff, C., Ayers, L., Freeman, L., Goodhearted, C., Kieffer, C., Lubin, L., Mikesell, S., Siegel, M. y Wainrib, B. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. España: Paidós.
- Hernández, J., Nieto, A., Aradillas, C., Palos, A., Padrón, A. y Cossío, P. (2015). Asociación entre autoestima y percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios. *Revista: Acta Universitaria*, 25(1) 76-78. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41641037012>
- Instituto Nacional del Cáncer (2015). *Cáncer de seno masculino*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-masculino-pdq>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad*. Recuperado de:
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
- Jimenez, V. (2003). Relación entre satisfacción con la *imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres preadolescentes*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Juárez, D. y Landero, R. (2011). Imagen corporal, funcionamiento sexual y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Revista: Scientia*. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/2033/203320117002.pdf>
- Lazcano, E., Escudero de los Ríos, P. y Uscaga S. (2014). *Cáncer de mama: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. México: Ediciones Ciencia.
- Lorraine B. y Rushforth J. (2010). *Superar una imagen corporal distorsionada: Un programa para personas con trastornos alimentarios*. España: Alianza Editorial.
- Matud, M. (2004). Autoestima en la mujer: un análisis de su relevancia en la salud. *Revista: Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(), 129-140. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902212>
- Morris, D. (2005). *La mujer desnuda. Un estudio del cuerpo femenino*. Barcelona: Planeta.
- National Breast Cancer Centre. (2004). *Psychosocial impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer*. [Impacto psicosocial en el área de la imagen corporal y la sexualidad en mujeres con cáncer de mama]. Recuperado de:
https://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/pbi-psychosocial-impact-in-the-areas-of-body-image-and-sexuality-for-women-with-breast-cancer_504af02699ab1.pdf

- National Cancer Institute (2015). *What is cancer?*. [¿Que es el cáncer?]. Recuperado de <http://www.cancer.gov/about-cancer/what-is-cancer>
- National Eating Disorders Collaboration. (2007). *Body Image*. [Imagen corporal]. Recuperado de http://www.nedc.com.au/files/logos/0638_NEDC_FS_BI_v4.pdf
- Nacional Library of Medicine U.S. (2015). *Cancer*. Recuperado de: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/cancer.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2008). Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/15/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Enfermedades crónicas. Recuperado de: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2015). *Cáncer de mama*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3400&layout=blog&Itemid=3639&lang=es
- Paredes, J. y Pinto, B. (2009). Imagen corporal y satisfacción sexual. *Revista: Ajayu*, 7(1). Recuperado de: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v7n1/v7n1a2.pdf>
- Pintado, S. (2014). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26371/Tesis%20Sheila%20Pintado.pdf?sequence=1>

Portuondo, J. (1997). *La Figura Humana. Test Proyectivo de Karen Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Raich, R. y Mora M. (2005). *Autoestima*. Madrid: Síntesis.

Raich, R. (2010). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Argentina: Pirámide

Raich, R. (2004). *Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal*.
Revista: Avances en Psicología Latinoamericana, 22(), 15-27. Recuperado de:
<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/1261/1144>

Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. España: McGraw Hill

Secretaría de Salud (2011). *Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México*.

Recuperado de:

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LOS_TUMORES_MALIGNOS_M%C3%A9xico.pdf

Secretaría de Salud del Estado de Veracruz (2014). *Mensajero de la Salud, "Cáncer de mama"*.

Recuperado de

<http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2014/02/mensajeroCaMama.pdf>

Sociedad Española de Oncología Médica (2015). Recuperado de:

http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto_n14.pdf

Solís, G. (2014). *Percepción y creencias irracionales de la imagen corporal de mujeres adultas pertenecientes a gimnasio Crossfit zona 15 Guatemala*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Rafael Landívar. Recuperado de:
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Solis-Gabriela.pdf>

Tinoco, A. (2011). *Mujeres con cáncer y redes sociales de apoyo en su vida cotidiana*. México: Porrúa.

Vidal y Benito, M. (2008). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

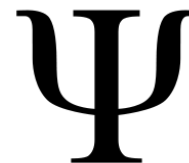
World Health Organization (2013). *Women's Health*. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/>

World Health Organization (2012). Recuperado de:
http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

Anexo I



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología



Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de las mujeres mexicanas que padecen cáncer de mama, relacionados con la percepción de la imagen corporal, autoestima y con la salud en general.

Los datos serán manejados en forma estrictamente confidencial, por lo que le pedimos que responda lo más cuidadosa y honestamente posible.

MUCHAS GRACIAS POR SU COPERACIÓN

1. Lugar de residencia

2. ¿Cuál es su edad?

5. ¿Cuántos hijos tiene?

- _____ 1
- _____ 2
- _____ 3
- _____ 4
- _____ 5
- _____ 6 ó mas

3. ¿Cuál es su estado civil actual?

- _____ Soltera
- _____ Casada
- _____ Viuda
- _____ Divorciada
- _____ Unión libre

6. ¿Cuál es su escolaridad?

- _____ Primaria completa
- _____ Secundaria incompleta
- _____ Secundaria completa
- _____ Preparatoria incompleta
- _____ Preparatoria completa
- _____ Licenciatura incompleta
- _____ Licenciatura completa
- ¿Cuál? _____
- _____ Estudios de posgrado
- ¿Cuál? _____

4. ¿Cuántos años lleva usted de casada?

- _____ Menos de 5 años
- _____ Entre 6 y 10 años
- _____ Entre 11 y 15 años
- _____ Entre 16 y 20 años
- _____ Entre 21 y 25 años
- _____ Más de 25 años

7. ¿Cuál es su ocupación?

- _____ Estudiante
- _____ Ama de casa
- _____ Empleada domestica
- _____ Empleada
- _____ Comerciante
- _____ Profesionista
- _____ Maestra
- _____ Otro. ¿Cuál? _____

Anexo II



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

Por favor lea con cuidado cada una de las frases siguientes. Marque con una X la opción que en general, mejor refleje su situación.

1. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.

- Estoy muy de acuerdo.
- Estoy de acuerdo.
- No estoy de acuerdo.
- Estoy muy en desacuerdo.

6. Asumo una actitud positiva hacia mí misma.

- Estoy muy de acuerdo.
 - Estoy de acuerdo.
 - No estoy de acuerdo.
 - Estoy muy en desacuerdo.
-

2. Creo tener varias cualidades buenas.

- Estoy muy de acuerdo.
- Estoy de acuerdo.
- No estoy de acuerdo.
- Estoy muy en desacuerdo.

7. En general, estoy satisfecha con mí misma.

- Estoy muy de acuerdo.
- Estoy de acuerdo.
- No estoy de acuerdo.
- Estoy muy en desacuerdo.

3. Me inclino a pensar que, en conjunto soy un fracaso.

- Estoy muy de acuerdo.
- Estoy de acuerdo.
- No estoy de acuerdo.
- Estoy muy en desacuerdo.

8. Desearía sentir más aprecio por mí misma.

- Estoy muy de acuerdo.
- Estoy de acuerdo.
- No estoy de acuerdo.
- Estoy muy en desacuerdo.

4. Puedo hacer cosas tan bien como la mayoría de las personas.

- Estoy muy de acuerdo.
- Estoy de acuerdo.
- No estoy de acuerdo.
- Estoy muy en desacuerdo.

9. A veces me siento realmente inútil.

- Estoy muy de acuerdo.
- Estoy de acuerdo.
- No estoy de acuerdo.
- Estoy muy en desacuerdo.

5. Creo que tengo muchos motivos para enorgullecerme.

- Estoy muy de acuerdo.
- Estoy de acuerdo.
- No estoy de acuerdo.
- Estoy muy en desacuerdo

10. A veces pienso que no sirvo para nada.

- Estoy muy de acuerdo.
- Estoy de acuerdo.
- No estoy de acuerdo.
- Estoy muy en desacuerdo.

