



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**IMAGEN CORPORAL EN UN GRUPO DE MUJERES MEXICANAS CON
CÁNCER DE MAMA MASTECTOMIZADAS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

EISENRING MARÍN MICHELLE
No. De Cta: 301088909



**ASESOR DE TESIS:
MTRO: HUGO TAPIA MARTÍNEZ**

MÉXICO, D.F. JUNIO 2011



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi hija Daniela Victoria, quien me acompañó durante toda mi formación profesional, gracias por regalarme tantas sonrisas que me daban fuerza para continuar y por tu paciencia cuando tomaba parte de tu tiempo para dedicarlo a mis estudios.

A mis padres Christian y Zorais, por todo el apoyo que me brindaron para realizar este sueño profesional y por estar siempre a mi lado, ya que sin ustedes hubiera sido imposible.

A Daniel, por estar siempre a mi lado ayudándome a superar las adversidades que se presentaron y por compartir conmigo las alegrías y satisfacciones, por creer en mí y por apoyarme incondicionalmente.

A Christi, por recordarme con tu ejemplo que la dedicación y la constancia son el camino al éxito.

Al Dr. Luis Manuel Alva y a su esposa Ma. Del Carmen Montes, por todo el apoyo que me han brindado y la confianza que han depositado en mí.

Al Maestro Hugo Tapia Martínez por su confianza, paciencia, tiempo, consejos y dedicación en mi formación profesional y en la elaboración de este trabajo, pero sobre todo, por motivarme a dar siempre lo mejor de mí para continuar mi desarrollo profesional.

A las Maestras Sofía Elena Pérez Zumano y Leticia Sandoval Alonso, por sus valiosos consejos durante mi participación en la investigación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por concederme una beca para participar en el proyecto **“Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama, clave NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3”**, el cual surge a partir del macroproyecto **Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública.**

DEDICATORIA

- A mi hija Daniela Victoria.
- A mi abuelo Jesús Marín.

CONTENIDO

1. Introducción	1
2. Descripción del Problema	3
2.1. Pregunta de Investigación	5
3. Objetivos	6
3.1. Objetivo General	6
3.2. Objetivos Específicos	6
4. Justificación	7
5. Marco Teórico	9
5.1. Estado del Arte	9
5.2. El Cáncer de Mama	12
5.2.1. Panorama Epidemiológico del Cáncer de Mama	12
5.2.2. Anatomía de la Glándula Mamaria	15
5.2.3. Definición de Cáncer de Mama	16
5.2.4. Factores de Riesgo	17
5.2.5. Diagnóstico	20
5.2.6. Tratamiento	22
5.3. Imagen Corporal	25
5.3.1. Concepto de Imagen Corporal	25
5.3.2. La Imagen Corporal en el Modelo de Adaptación de Callista Roy	27
5.3.3. Situaciones que Alteran la Imagen Corporal en la mujer Con Cáncer de Mama Mastectomizada	32
6. Material y Métodos	34
6.1. Tipo de Investigación	34
6.2. Población	34
6.2.1. Muestra	34
6.2.2. Criterios de Inclusión	35
6.2.3. Criterios de Exclusión	35
6.3. Variable	36

6.3.1. Definición Conceptual	36
6.3.2. Operacionalidad	36
6.3.3. Indicadores y Escalas	37
6.4. Instrumento de Medición	39
6.5. Planeación para la Recolección de Datos	41
7. Consideraciones Éticas	42
8. Presentación de la Información	43
9. Análisis e Interpretación de Resultados	67
10. Conclusiones	72
11. Bibliografía	75
12. Anexos	82

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama en la actualidad es la neoplasia que más afecta a las mujeres de todo el mundo, y a pesar que existen diversas alternativas terapéuticas para su control y tratamiento, sin lugar a dudas la mastectomía es la técnica más empleada y la que más posibilidades tiene de repercutir en la imagen corporal de la mujer, ya que la enfrenta a la pérdida de una parte del cuerpo que tiene una gran asociación a la feminidad.

Esta investigación se enfoca a describir cómo perciben su imagen corporal un grupo de mujeres mexicanas con cáncer de mama mastectomizadas que son atendidas en una Institución de Salud de Tercer Nivel, a su vez, es producto de un Macroproyecto llevado a cabo en el Instituto Nacional de Cancerología sobre “Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama”.

En el apartado del marco teórico, se señala en primer lugar, el estado del arte sobre el cáncer de mama e imagen corporal, en el cual se destaca que las mujeres sometidas a mastectomía tienen un peor concepto sobre su imagen corporal en comparación a las mujeres sometidas a cirugía conservadora, entre los problemas más frecuentes de insatisfacción con su imagen corporal destacan el sentimiento de pérdida de feminidad y el sentir vergüenza de su cuerpo. En segundo lugar, se habla sobre las generalidades del cáncer de mama, mencionando los aspectos epidemiológicos, la anatomía de la glándula mamaria, la definición de cáncer de mama, los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad hasta su diagnóstico y tratamiento; también se mencionan las generalidades de la imagen corporal, desde su definición hasta su

importancia en el modelo de adaptación de Callista Roy, así como las situaciones capaces de alterar la imagen corporal en la mujer con cáncer de mama. En el apartado de material y métodos se describe el tipo de investigación, la población y muestra, así como la variable de estudio, el instrumento que se empleó para realizar la medición y la planeación para la recolección de datos.

También se señalan las consideraciones éticas con base en las cuales se realizó la recolección de datos.

En el apartado de presentación de la información se muestran los cuadros y graficas utilizadas y los resultados obtenidos en la investigación; también se enuncia el análisis e interpretación de la información donde se analizan los datos obtenidos contrastados con la literatura.

Finalmente en las conclusiones, se precisa el cumplimiento de los objetivos específicos de la investigación.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Es inobjetable que una enfermedad como el cáncer de mama constituye una fuente importante de estrés para cualquier mujer, debido a la amenaza de un órgano ligado esencialmente a la sexualidad, a la imagen corporal, a la feminidad, a la autoestima y a la capacidad reproductora¹.

Esto se debe a la importancia, el valor histórico, social y representativo que se le ha atribuido a las mamas como el símbolo de la identidad de la mujer y representativo de la feminidad, a través del tiempo y en diferentes culturas, donde este concepto ha sido exaltado a través de diversas manifestaciones artísticas como pintura, escultura e incluso literatura, por este motivo es que las mamas no solo son valoradas por la mujer que las posee, sino por toda la sociedad².

Indudablemente, los diversos tratamientos empleados contra el cáncer de mama afectan la imagen corporal de las mujeres debido a los efectos adversos que producen en sus cuerpos, incluyendo pérdidas, ya sean temporales como la alopecia producida por la quimioterapia, o permanentes en caso de quemaduras por radiación, pero sin lugar a dudas, lo que más impacta a las mujeres es la mutilación de la glándula mamaria a través de una mastectomía.

La afectación de esa parte del cuerpo de la mujer conlleva implicaciones no solo físicas, sino psicológicas, sociales y culturales; las cuales repercuten en la integridad de la persona, como el autoconcepto, un área de interés a estudiar por el Macroproyecto en la investigación "Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas

¹ Suárez DM. Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba, 2004; 1: 1 – 11.

² Oiz B. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. An. Sist. Sanit. Navar, 2005; 28 (2):19-26.

adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama, clave NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3”, que utilizó como sustento teórico el Modelo de Adaptación de Roy para entender cómo se adaptan y qué cuidados realizan las mujeres con ésta enfermedad, y que junto con la observación durante la pasantía, fueron los elementos de interés para estudiar ese fenómeno por la autora.

La mastectomía es una experiencia que depende de la manera en que cada mujer piensa sobre su cuerpo, si bien algunas mujeres perciben su cuerpo mutilado como algo normal puesto que fue parte del tratamiento que les permite continuar con sus vidas, la mayoría de las mujeres mastectomizadas se enfrentan a problemas de aceptación de su imagen corporal, con la consiguiente disminución de autoestima, pérdida del sentimiento de feminidad, disminución del atractivo y función sexual y depresión³, asimismo, manifiestan facies de tristeza, llanto, negación de su mama extirpada y sentimientos de desesperanza; síntomas detectados en las mujeres con este tratamiento en el Instituto Nacional de Cancerología.

Una amplia literatura apunta a que luego de practicar una mastectomía a una paciente, es común encontrar problemas relacionados a la imagen corporal⁴, de tal manera que resulta importante conocer cómo afecta la mastectomía en la percepción de imagen corporal en mujeres con cáncer de mama que son atendidas en una Institución de Salud de Tercer Nivel en México, ya que existe poca evidencia de estudios en el país de cómo se enfrentan las mujeres a la mastectomía y la forma en que ésta influye en su percepción de imagen corporal, y a los sentimientos que les genera en su condición física actual, como su apariencia, su feminidad, su atractivo sexual y otros aspectos.

³ Olivares ME. Cirugía mamaria: Aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 2007; 4 (2-3): 447-464.

⁴ Rodríguez Y, Rosselló J. Reconstruyendo un cuerpo: Implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 2007; 18:118-145.

Es por esto que se consideró pertinente plantear la siguiente pregunta.

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción sobre la imagen corporal en un grupo de mujeres mexicanas mastectomizadas por cáncer de mama?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Describir la percepción sobre imagen corporal en un grupo de mujeres mexicanas mastectomizadas por cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el grado de satisfacción con la apariencia vestida, tanto consigo misma así como con los demás.
- Señalar si existe pérdida de la sensación de feminidad.
- Identificar el grado de satisfacción con la apariencia desnuda, tanto consigo misma como con los demás.
- Enumerar los sentimientos acerca del atractivo sexual.
- Mencionar los sentimientos de pérdida de la integridad corporal.
- Describir el grado de satisfacción con la cicatriz.

4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el cáncer de mama representa un grave problema de salud pública debido a su notable incremento, tanto en la población mundial, como en la población mexicana.

La gran mayoría de las mujeres con cáncer de mama acuden a las Instituciones de Salud con una enfermedad avanzada, por lo que no es posible realizar un tratamiento conservador, siendo necesario emplear varias alternativas terapéuticas, entre las que destaca la cirugía radical o mastectomía.

Existió la necesidad de estudiar una parte del proceso adaptativo de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, específicamente en el modo autoconcepto, donde la imagen corporal es un componente importante, ya que el proyecto “Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama, clave NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3” se enfocó a estudiar los modos fisiológico, interdependencia y función de rol.

Los resultados de esta investigación pueden beneficiar tanto a las pacientes como al personal de Enfermería, ya que pueden identificarse aspectos relacionados con su imagen corporal, que actualmente son poco valorados y sin embargo forman parte de la integridad de la persona, y al verse afectados por la mastectomía se pueden planificar intervenciones de Enfermería que coadyuven al proceso de adaptación de la mujer con cáncer de mama.

Esta investigación también puede resultar provechosa tanto para la pareja de la mujer mastectomizada como para el resto de su familia, pues les permite identificar los

aspectos concernientes a la imagen corporal de la mujer que se ven afectados a raíz de la cirugía.

Por último, los resultados de esta investigación pueden beneficiar a los estudiantes de Enfermería, así como a estudiantes de otras áreas de la Salud, ya que se explora un tema poco conocido que puede ser un punto de referencia para futuras investigaciones.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. ESTADO DEL ARTE

Existen investigaciones relacionadas con la imagen corporal y el cáncer de mama en mujeres mastectomizadas en algunos países, por ejemplo, un estudio realizado en Madrid, España tuvo como objetivo analizar la influencia de determinadas variables (sociodemográficas, tipo de cirugía, tratamiento, apoyo social y calidad de vida) en la imagen corporal y la autoestima de mujeres con cáncer de mama, la muestra fue conformada por un total de 54 mujeres, donde el 63% de éstas mujeres tenían una edad comprendida entre los 43-55 años, el 79% de las mujeres eran casadas y el 85% tenían hijos. Entre los hallazgos de ésta investigación destaca que el estado civil tiene una relación significativa en la imagen corporal, siendo ésta más negativa en mujeres solteras, divorciadas o viudas en comparación a las mujeres casadas; el tipo de cirugía influye de manera importante en la percepción de la imagen corporal, al encontrar que las mujeres sometidas a cirugía conservadora tienen una mejor percepción contra las mujeres mastectomizadas; cabe destacar que no se encontró una relación significativa entre la edad y la percepción de imagen corporal así como en el nivel de estudios y ocupación⁵.

Nuevamente en Madrid, España, otro estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de las variables sociodemográficas y médicas en la imagen corporal y la autoestima, así como comprobar la eficacia de un programa de intervención psicosocial sobre la mejora

⁵ Manos D, Sebastián J, Bueno MJ, Mateos N, De la Torre A. Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*, 2005; 2 (1):103-116.

de éstas variables, la muestra se conformó con un total de 188 mujeres, de las cuales 107 formaban el grupo de intervención y 81 el grupo control; el 78% de las mujeres participantes eran casadas, 65 mujeres fueron sometidas a mastectomía contra 121 a las cuales les fue realizada cirugía conservadora. Los resultados demostraron que las mujeres que participaron en el programa tuvieron mejor imagen corporal progresivamente, destaca que las variables sociodemográficas no mostraron tener efecto en cuanto a la imagen corporal, en cuanto al tipo de cirugía, se comprobó que las mujeres sometidas a cirugía conservadora tenían una imagen corporal más positiva que las mujeres con mastectomía⁶.

En California, Estados Unidos, se llevó a cabo una investigación cuyo objetivo fue determinar la frecuencia en la cual se presentan problemas con la percepción de la imagen corporal y en la sexualidad de mujeres menores de 50 años durante el primer mes que siguió a su tratamiento contra el cáncer de mama, la muestra se conformó por un total de 546 mujeres de diferentes etnias que eran casadas o se encontraban en una relación sentimental estable y habían sido sometidas a cirugía. Los resultados indican que el 61% de estas mujeres fueron diagnosticadas en etapas iniciales del cáncer, el 55% fueron tratadas con mastectomía y el 59% recibió quimioterapia, aproximadamente el 50% de las mujeres reportaron que su pareja tenía dificultades para entender sus sentimientos; el 50% experimentó dos o más problemas con su imagen corporal, entre los que destacan el sentir vergüenza de su cuerpo, preocupación sobre su atractivo sexual y sentirse menos femeninas. Se identificó a la mastectomía como causante de

⁶ Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 2007; 18 (2): 137-161.

problemas con la imagen corporal, además de la pérdida de cabello por tratamientos con quimioterapia, cambios en el peso y baja autoestima⁷.

En Durango, México, un grupo de enfermeras realizó un estudio transversal, descriptivo, correlacional y basado en el Modelo de Adaptación de Roy en dos Instituciones de salud, con el objetivo de identificar la relación entre los estímulos contextuales (edad, ocupación, tratamiento, tiempo de diagnóstico, estado civil y número de hijos) y de autoconcepto de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, encontrando que a partir de una muestra conformada por 35 mujeres, la edad promedio fue de 51 años, el 56% de estas mujeres eran casadas y el 60% de ellas amas de casa; el autoconcepto, dentro del cual un componente importante es la imagen corporal, en general mostró valores bajos, mas no se encontró relación entre los estímulos contextuales y el autoconcepto, y se concluyó que el cáncer de mama es un diagnóstico que tiene el potencial de causar un enorme efecto sobre la calidad de vida así como en la percepción que tienen las mujeres de sí mismas⁸.

Al observar los resultados que arrojan algunas de las investigaciones realizadas con mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, podemos percatarnos de las repercusiones de esta cirugía en cuanto a la percepción de la imagen corporal, la cual se ve severamente afectada en comparación a los cambios que producen en el cuerpo otras alternativas terapéuticas contra el cáncer de mama, como la quimioterapia o la cirugía conservadora.

⁷ Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho – Oncology*, 2006; 15: 579 – 594.

⁸ Bañuelos P, Bañuelos Y, Esquivel M, Moreno V. Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 2007; 15 (3): 129-134.

Es interesante mencionar que solo en una investigación se encontró una relación significativa entre el estado civil de la mujer y su imagen corporal, al observar que las mujeres solteras tienen una imagen corporal más negativa que las mujeres que son casadas, en cuanto a otras variables sociodemográficas, no se demostró su relación con la imagen corporal de la mujer mastectomizada.

5.2. EL CÁNCER DE MAMA

En este apartado se pretende dar a conocer algunas generalidades sobre el cáncer de mama, tales como epidemiología, el concepto de cáncer de mama, los factores de riesgo para padecer la enfermedad, los métodos diagnósticos disponibles, y las diferentes alternativas terapéuticas que se emplean para su tratamiento.

5.2.1. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER DE MAMA

Cada año a nivel mundial se registran alrededor de 10 millones de tumores malignos en hombres y mujeres, de los casi 6 millones de tumores registrados en mujeres en el año 2007, el cáncer de mama se ubicó en primer lugar con 1.3 millones de casos, los cuales han incrementado casi al doble en los países en vías de desarrollo⁹.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en Europa, según la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer, en 2006 se diagnosticaron unos 429.900 casos nuevos de cáncer de mama en Europa y es una de las principales causas de

⁹ Lozano R, Gómez H, Lewis S, Torres L, López L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Salud Pública de México, 2009; 51 (2): S147-S156.

mortalidad. La supervivencia global en los países Europeos es cercana al 79%, cifra inferior a la reportada en Estados Unidos de América, donde es alrededor del 90%¹⁰.

Desde el año 2006, en México, el cáncer de mama se convierte en la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas desplazando al cáncer cérvicouterino; y se sitúa como la segunda causa de muerte entre las mujeres mexicanas con edades comprendidas entre los 30 y 54 años¹¹, siendo importante mencionar, que la edad promedio en la cual se presenta el cáncer de mama en las mujeres mexicanas es de 51 años, 10 años menos que los reportes en países desarrollados, como Estados Unidos de América, donde la edad promedio en que se presenta el cáncer de mama es de 61 años¹².

Existen diversos estudios que revelan las cifras de mortalidad en mujeres mexicanas a causa del cáncer de mama, siendo 1,144 las defunciones reportadas en el año 1979, y registrándose un alarmante incremento en el año 2006, con 4,497 casos reportados¹³.

El cáncer de mama se puede presentar en cualquier mujer mexicana, afectando todos los niveles socioeconómicos, eliminando la creencia de que solo se presentaba en mujeres pertenecientes a estratos económicos elevados, ya que en la mayoría de las mujeres mexicanas existe la presencia de uno o más factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

¹⁰ Pollán M, García J, Pérez B, Aragonés N, Lope V, Pastor R, et al. Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. *Psicooncología*, 2007; 4(2-3): 231-248.

¹¹ Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México*, 2009; 51 (2): S335-S334.

¹² Knaul FM, Arreola H, Velázquez E, Dorantes J, Méndez O, Ávila L. El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 2009; 51 (2): S286-S295.

¹³ Palacio LN, Lazcano E, Allen B, Hernández M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Pública de México*, 2009; 51 (2): S208-S219.

En el año 2003, con la implementación del Seguro Popular de Salud, una buena parte de la población de escasos recursos carente de servicios de seguridad social recibe atención médica a través de un paquete que cubre algunas enfermedades y servicios, y es en el año 2007, cuando el tratamiento del cáncer de mama, incluyendo los servicios diagnósticos y medicamentos, se incorpora al Fondo contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular de Salud, lo que se traduce en atención médica integral con recursos públicos a cualquier persona con diagnóstico de cáncer de mama¹¹ que no cuenten con ningún tipo de seguridad en materia de salud.

El problema reside en la detección tardía, cuando la enfermedad se encuentra en etapa avanzada, traduciendo a cifras, el 80% de las mujeres con cáncer de mama reciben el diagnóstico en etapas avanzadas; en el año 2003, de los 12,952 casos de cáncer de mama notificados en el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, solo el 4% (464 casos) se registraron como carcinoma in situ¹⁴.

La importancia de una pronta detección influye de manera considerable en la calidad de vida de las mujeres, pues con el tratamiento médico correspondiente, un diagnóstico efectuado en etapas tempranas de la enfermedad, aumenta la probabilidad de sobrevivir, por el contrario, los estadíos más avanzados, implican un tratamiento médico de mayor complejidad y a su vez, de un costo más elevado; un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, revela que el costo promedio de atención a una paciente con cáncer de mama en etapa I, durante un año es de 74, 522 pesos, elevándose hasta 199, 274 pesos en el caso de encontrarse la enfermedad en etapa IV¹².

¹⁴Mohar A, Bargalló E, Ramírez MT, Lara F, Beltrán A. Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. Salud Pública de México, 2009; 51 (2): S263-S269.

Registros del INCan del año 2007, revelan que fueron recibidas 744 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, incorporadas al seguro popular, donde la edad media fue de 50 años con un intervalo de 22 a 89 años. En el 22% de estas mujeres se identificó la presencia de alguna enfermedad preexistente como diabetes mellitus u obesidad, y más del 80% de estas mujeres se encontraban con enfermedad avanzada, solo en el 15% de estas mujeres fue posible realizar un tratamiento conservador, en el resto de estas mujeres fue necesario practicar mastectomía radical conservadora y/o disección ganglionar axilar¹⁴.

5.2.2. ANATOMÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

La mama es una glándula ubicada sobre el músculo pectoral mayor en la cara anterior del tórax. Se extiende en el plano vertical entre la 2 - 6 costilla y en el plano horizontal entre el esternón y la línea axilar anterior, se encuentra unida a la piel a través de ligamentos suspensorios. Está constituida por tejido conectivo denso y fibras musculares lisas, en cuyo espesor se ubican conductos galactóforos, los cuales forman los 15-20 lóbulos de tejido glandular constituyendo la glándula propiamente como tal; cada lóbulo es drenado por un conducto hacia el pezón. Se sabe que la linfa llega al plexo subareolar, terminando el 75% de ésta en ganglios linfáticos axilares. La irrigación de la porción medial está dada por las ramas perforantes de la arteria torácica interna, la de la porción lateral está dada por ramas mamarias de la arteria torácica lateral y las arterias intercostales posteriores¹⁵. Ver imagen 1

¹⁵ Sánchez R, Schneider E, Martínez G, Fonfach C. Cáncer de mama. Modalidades terapéuticas y marcadores tumorales. Cuad. Cir, 2008; 22: 55-63.

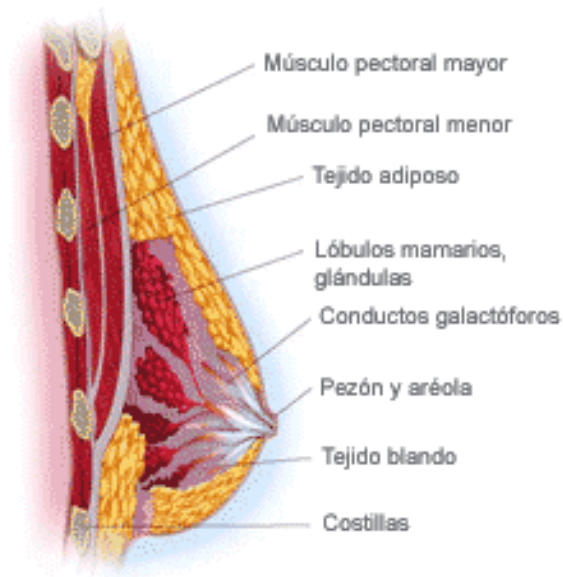


Imagen 1

5.2.3. DEFINICIÓN DE CÁNCER DE MAMA

El cáncer es el resultado de la pérdida de control del intrincado sistema de crecimiento normal de la célula. Se caracteriza por una proliferación de células anormales.

El desarrollo de éstas células anormales es un proceso complejo, prolongado y de pasos múltiples llamado carcinogénesis, el cual inicia con la transformación de una célula normal en una célula anormal; con el tiempo, las células anormales se multiplican fuera de control y se acumulan dentro de una masa de tejido llamada neoplasia o tumor, que puede invadir y destruir el tejido vecino normal.

El cáncer de mama se inicia en las células que recubren los conductos y los lóbulos de la mama. Si las células cancerosas están confinadas a los conductos o lobulillos y no

han invadido el tejido circundante, el cáncer se llama no invasor o in situ. El cáncer que se ha diseminado a través de las paredes de los conductos o lobulillos hacia el tejido conectivo o graso es referido como invasor o infiltrante¹⁶. Ver imagen 2

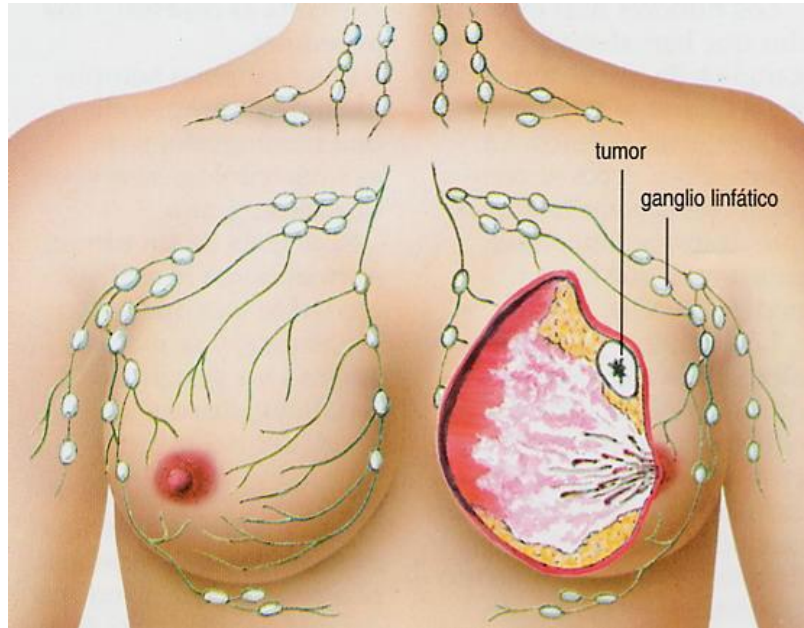


Imagen 2

5.2.4. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son ciertas características o atributos de la mujer que incrementan la posibilidad de desarrollar el cáncer de mama, los principales factores de riesgo son el género y la edad, en México suele presentarse en mujeres mayores de 40 años¹⁷.

¹⁶ Hartmann LC, Loprinzi CL. Clínica Mayo. Guías del cáncer en la mujer. 1º.ed. Rochester(Minnesota): Editorial Intersistemas; 2005

¹⁷ Romero MS, Santillán L, Olvera PC, Morales MA, Ramírez VL. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. Ginecología y Obstetricia de México, 2008; 76 (11): 667 – 672.

El cáncer de mama en hombres se presenta con una frecuencia del 1%¹⁸.

Los factores de riesgo se pueden dividir en 3 categorías: historia reproductiva, estilo de vida y factores genéticos.

- Historia reproductiva

Se ha observado que la menarca antes de los 11 años, la nuliparidad, el tener el primer embarazo a término después de los 30 años, la menopausia después de los 54 años, el uso de anticonceptivos o terapia de reemplazo hormonal son importantes factores de riesgo para desarrollar la enfermedad debido a la exposición prolongada a hormonas esteroides sexuales naturales o sintéticas¹⁷.

Diversas publicaciones sostienen que la lactancia materna prolongada posee un efecto protector contra la enfermedad¹⁹, esto se debe a la proliferación y diferenciación del tejido mamario.

- Estilos de vida

Son patrones de conducta que han sido elegidos por la mujer, entre los que representan un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad se encuentran el consumo de alcohol, sedentarismo, alimentación y obesidad.

El alcohol contiene dentro de sus compuestos una sustancia llamada acetaldehído, y es un conocido agente carcinógeno en animales¹⁷, se ha determinado que el riesgo incrementa alrededor del 10% por el consumo de 10mg al día de etanol, además se ha demostrado que el alcohol modifica el metabolismo y acción de los estrógenos²⁰.

¹⁸ Ibáñez G, Calderón ME, Márquez D. Cáncer de mama en hombres: Situación actual a nivel mundial y nacional. Rev. Chilena de Cirugía, 2011; 63 (1): 95-101

¹⁹ Ortiz CM, Galván EA. Factores de riesgo reproductivo para cáncer de mama en pacientes atendidas en un hospital urbano de segundo nivel. Ginecología y Obstetricia de México, 2007; 75: 11-16

²⁰ Torres L, Galván M, Lewis S, Gómez H, López L. Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. Salud Pública de México, 2009; 51 (2): 181 – 190.

Diversos estudios observacionales sugieren que el realizar actividad física vigorosa reduce el riesgo de padecer cáncer de mama²¹, sobre todo en mujeres posmenopáusicas²⁰.

La obesidad evaluada a través del índice de masa corporal mayor a 27¹⁷ es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, y se encuentra estrechamente relacionada con la alimentación y la actividad física.

En las mujeres posmenopáusicas, la obesidad incrementa el riesgo 2 veces debido a que el tejido adiposo se convierte en el único órgano productor de estrógenos, a través de la aromatización de androstenediona¹⁷.

Se ha demostrado que ciertos alimentos suponen un incremento del riesgo de padecer la enfermedad, tales como carnes rojas, carnes procesadas, leche y algunos lácteos, hidratos de carbono y en particular la sacarosa. Sin embargo, también se ha demostrado que el consumo de carotenos, vitaminas C, B y E, flavonoles, flavones y otros fitoestrógenos reducen de modo considerable el riesgo de la enfermedad²⁰.

Existe cierta controversia sobre si el tabaquismo representa un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama, entre sus compuestos se encuentran sustancias como el benzopireno, aminas aromáticas y nitrosaminas, y algunas investigaciones relacionan dichos compuestos con el proceso de carcinogénesis de la mama¹⁷.

- Factores genéticos

Por cada integrante de primer grado de la familia con antecedente de cáncer de mama, se incrementa 1.8 veces el riesgo de presentar la enfermedad, el riesgo también aumenta si existe el antecedente personal de cáncer. El antecedente de enfermedad

²¹ Ortíz SP, Torres G, Mainero F, Ángeles A, López AE, Lazcano E, et al. Actividad física y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. Salud Pública de México, 2008; 50 (2): 126 – 135.

benigna de la mama también es un factor de riesgo importante y cuando se trata de una hiperplasia atípica el riesgo de padecer cáncer aumenta de 4 a 5 veces¹⁷.

La mutación de los genes BRCA1 y BRCA2 se ha demostrado que representan del 10 al 15% de los casos de cáncer de mama²².

5.2.5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de cáncer de mama se constituye mediante 3 métodos primordiales que son la autoexploración mamaria, la exploración clínica y los estudios de imagen como son la mastografía y el ultrasonido, el diagnóstico definitivo se establece mediante una biopsia de la lesión.

Se recomienda que toda mujer mayor de 20 años realice de manera mensual la autoexploración mamaria, la cual consiste en la observación y palpación que hace la mujer en sus propias mamas; mediante la aplicación de esta técnica un alto porcentaje de mujeres son capaces de detectar abultamientos o nódulos²³.

La exploración clínica de las mamas cuando es realizada por un profesional de la salud capacitado para este fin, desempeña una función crucial para obtener información acerca de posibles cambios que puedan acontecer en la mama que sean sugerentes de cáncer, ya que al examinar las mamas, la pared torácica y las axilas de la mujer es posible detectar cambios en la piel, una masa o nódulos, la presencia de secreción a través del pezón u otros cambios. Por tal motivo es que la exploración clínica es

²² Griffin JL, Pearlman MD. Detección de cáncer de mama en mujeres con riesgo promedio y alto. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010; 116: 1410-1421.

²³ Brandan ME, Villaseñor Y. Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. Cancerología, 2006; 1: 147 – 162.

importante para confirmar la presencia de una masa dominante y otras anomalías de la mama, así como para evaluar el tamaño del tumor y para determinar la extensión local de la enfermedad²⁴.

La mastografía es una imagen plana de la glándula mamaria obtenida con rayos X, con el fin de detectar lesiones ya sean palpables o no, calcificaciones, asimetrías en la densidad mamaria y/o distorsión en la arquitectura de la glándula. La imagen obtenida a través de la mastografía permite visualizar éstas alteraciones; la severidad de las lesiones evaluadas se mide de acuerdo a la clasificación BI-RADS, el cual es un sistema empleado para estandarizar la interpretación de la imagen mamográfica. Esta clasificación se divide en 7 categorías que abarcan desde un estudio normal hasta un reporte de franca malignidad que requiere biopsia²³.

El ultrasonido de la mama suele emplearse como un complemento diagnóstico en mujeres con anomalías en la exploración física y/o en la mastografía con el fin de ampliar los hallazgos clínicos. Un uso común del ultrasonido es dirigir la obtención de muestras para efectuar el diagnóstico anatomopatológico²⁴.

La Norma Oficial Mexicana establece que el personal de salud debe aconsejar a la mujer realizarse la autoexploración de manera mensual a partir de la menarca, entre el séptimo y décimo día del ciclo menstrual, y en la mujer posmenopáusica, de manera mensual en un día fijo establecido por ella. El examen clínico de las mamas debe realizarse de manera anual a toda mujer mayor de 25 años que acuda a los servicios de salud previo consentimiento; este examen debe ser realizado por un médico o enfermera capacitados.

²⁴ Shyyan R, Masood S, Badwe RA, Errico K, Liberman L, Ozmen V, et al. El cancer de mama en los países con recursos limitados: Diagnóstico y anatomía patológica. *The Breast Journal*, 2007; 13 (1): S30-S42.

La toma de mastografía debe realizarse de manera anual a toda mujer mayor de 50 años, también se realizara anualmente o cada 2 años a las mujeres de 40 a 49 años de edad que presenten dos o más factores de riesgo.

Cuando exista un antecedente de cáncer de mama en la madre o una hermana el cual se haya presentado antes de los 40 años, se debe realizar un primer estudio de mastografía 10 años antes de la edad en la cual se presentó el cáncer en la familia.

Todas las pacientes sospechosas de patología mamaria maligna deben ser canalizadas al siguiente nivel de atención médica de manera oportuna²⁵.

5.2.6. TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer de mama se divide en 2 grandes terapias, la locorregional que incluye la cirugía y radioterapia, y la terapia sistémica, que incluye la quimioterapia y hormonoterapia¹⁵.

- Quimioterapia

El tratamiento neoadyuvante se utiliza para reducir el tamaño tumoral o cuando hay una enfermedad localmente avanzada²⁶; la quimioterapia coadyuvante se utiliza con el fin de disminuir las posibilidades de recurrencia o metástasis²⁷.

Se ha demostrado que el tratamiento de quimioterapia es más efectivo cuando se asocian dos o más fármacos¹⁵, sin embargo es conocido que el tratamiento sistémico

²⁵ Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

²⁶ Castro JM, Vizcaíno CV, Balderas LMA, Morgan G. Experiencia en el manejo del cáncer de mama en el Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Gaceta Mexicana de Oncología, 2006; 5 (5): 143 – 147.

²⁷ Martínez M, Flores CB, Sánchez C, Sánchez E. Seguimiento en pacientes con cáncer de mama después del tratamiento multimodal. Ginecología y Obstetricia de México, 2008; 76 (2): 107-112

con quimioterapia produce efectos adversos, algunos de los cuales desaparecen al final del tratamiento, como es el caso de la alopecia, cambios de peso, neuropatía periférica, náuseas y vómito, neutropenia, entre otros; destaca que el tratamiento puede ocasionar amenorrea temporal o una menopausia temprana y otros efectos que pueden aparecer a largo plazo como alteraciones en el lenguaje y la memoria, insuficiencia cardíaca e incluso leucemia²⁷.

- Hormonoterapia

Casi dos tercios de los carcinomas de mama expresan receptores de estrógenos, y por lo tanto dependen de éstos para su crecimiento, por lo que se debe bloquear la acción de los estrógenos en su receptor mediante fármacos antiestrogénicos, siendo el tamoxifeno uno de los fármacos más utilizados²⁸, está demostrado que reduce el riesgo de recidiva, de muerte y la incidencia de cáncer mamario contralateral en un 47% al usarse durante 5 años en dosis de 20mg/día¹⁵.

Otro uso de la hormonoterapia consiste en administrar inhibidores de aromatasa para bloquear la conversión periférica de andrógenos suprarrenales a estradiol y estrona en los tejidos adiposo, muscular e hígado por medio de la enzima aromatasa, este tratamiento está indicado solo para mujeres posmenopáusicas²⁸.

- Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento eficaz, de baja morbilidad y que usualmente es bien tolerado, su principal objetivo es disminuir la tasa de recurrencia como terapia adyuvante cuando se emplea después de una cirugía, ya sea conservadora o

²⁸ Martínez M, Flores CB, Rivera S, Cruz I. Hormonoterapia en cáncer de mama metastásico. Ginecología y Obstetricia de México, 2009; 77 (10): 482-486.

mastectomía, también puede utilizarse como terapia neoadyuvante facilitando la cirugía conservadora en tumores operables pero de gran tamaño¹⁵.

- Cirugía

Los procedimientos quirúrgicos empleados en el tratamiento del cáncer de mama pueden ser conservadores como es el caso de la tumorectomía o cuadrantectomía o radicales cuando es necesaria la mastectomía en cualquiera de sus variantes.

La tumorectomía consiste en realizar una incisión cutánea elíptica, radial o circular, dependiendo del cuadrante, extirpando un margen de seguridad sano circundante al tumor.

Mediante la cuadrantectomía se extirpa un cuadrante de la mama en el cuál se encuentra el cáncer.

En las dos técnicas anteriores se debe realizar un vaciamiento ganglionar axilar completo²⁹.

Existen ciertas condiciones para que pueda llevarse a cabo un tratamiento quirúrgico conservador, como el tamaño del tumor en relación al tamaño de la mama y que el tumor pueda extirparse con márgenes de resección libres de cáncer³⁰.

La mastectomía aún es considerada la piedra angular en el tratamiento del cáncer de mama, la cual consiste en extirpar toda la mama. En ésta modalidad quirúrgica han surgido avances significativos, como la sustitución de la mastectomía radical de Halsted por la mastectomía radical modificada, donde se conserva el músculo pectoral mayor, obteniendo así mejores resultados estéticos y funcionales¹⁵.

²⁹ Román JM. La cirugía en el cáncer de mama. Psicooncología, 2007; 4 (2-3): 301-310

³⁰ Regueira FM, Rodríguez –Spiteri N, García Manero M, Zornoza G. Novedades en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Rev. Med. Univ. Navarra, 2008; 52 (1): 51-55

5.3. IMAGEN CORPORAL

El objetivo de este apartado es conocer el concepto de imagen corporal, el papel que desempeña la imagen corporal en el modelo de adaptación de Callista Roy y las situaciones que pueden conducir hacia una alteración en la imagen corporal.

5.3.1. CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal se define como la representación mental del cuerpo que cada persona construye en su mente; se refiere a la manera en que se percibe, imagina; siente y actúa respecto a su propio cuerpo³¹.

Es importante mencionar que imagen corporal no es lo mismo que apariencia física, pues ésta es el conjunto de características físicas y estéticas que nos permiten diferenciarnos de otras personas volviéndonos únicos, así, una persona puede tener una apariencia física agradable de acuerdo a los estereotipos de la sociedad y tener un concepto negativo de su imagen corporal y viceversa.

El concepto que una persona tiene sobre su imagen corporal no es estático, sino que se debe a un proceso de construcción evolutiva, al pasar por las diferentes etapas de la vida, donde van a intervenir diversos factores para su construcción, siendo el más importante de todos el aspecto socio-cultural, debido a que cada cultura tiene sus propios conceptos y parámetros estéticos de lo que es el aspecto físico ideal y socialmente aceptado.

³¹ Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en Psicología Latinoamericana, 2004; 22: 15-27.

El concepto de la imagen corporal se construye a través de tres componentes:

- Perceptual

Se refiere a la precisión con que se percibe el tamaño, el peso, la forma del cuerpo, ya sea en su totalidad o sus partes, en pocas palabras, qué tan verídica es la percepción de la imagen corporal con respecto a la apariencia física.

- Cognitivo-afectivo

Son las actitudes, sentimientos, cogniciones, pensamientos y valoraciones que despierta el cuerpo o cualquier aspecto de la apariencia física. Una representación mental de la imagen corporal puede ser más o menos verídica con respecto a la apariencia física, involucra sentimientos, ya sean positivos o negativos³².

- Conductual

Son las conductas que llevara a cabo la persona derivadas de la percepción y los sentimientos asociados con el cuerpo³¹.

Al tener un concepto positivo sobre la imagen corporal, se promueve la salud física y mental, traduciéndose en una buena calidad de vida; por el contrario, una percepción negativa se relaciona con baja autoestima, depresión, y una diversa gama de trastornos psicopatológicos que pueden incluso, conducir al suicidio³³.

³² Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*. 2007; 8: 171-183.

³³ Luna I. Imagen corporal y envejecimiento. *Avances en Psiquiatría Biológica*. 2008; 9: 57-73.

5.3.2. LA IMAGEN CORPORAL EN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

El modelo de Callista Roy se basa en el concepto de adaptación y su objetivo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y adaptación.

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene 4 elementos esenciales: persona, ambiente, salud y entorno. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto³⁴.

Se pueden explicar los términos persona, ambiente, salud y entorno de la siguiente manera:

- Persona

Es considerada como un sistema adaptativo humano, ser holístico, trascendente, en constante interacción con un entorno cambiante, como sistema vivo, complejo y adaptativo que busca la autorrealización, autodeterminación, autonomía, con la capacidad de crear una integración humana y ambiental.

- Ambiente

Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona y los grupos, incluye ambiente interno y externo en constante interacción, ambos proporcionan entradas en forma de estímulos.

³⁴ Cisneros F. Introducción a los modelos y teorías de Enfermería. Universidad del CAUCA. Programa de Enfermería. 2002; 1-16.

- Salud

Estado holístico, donde hay armonía y balance entre lo físico, social y espiritual de la persona y el medio físico, social y espiritual donde vive y se desarrolla.

- Enfermería

Roy considera que el objetivo de la Enfermería es ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que surgen en el continuo salud-enfermedad.

El modelo de Roy se basa en la Teoría General de Sistemas, donde un sistema es un conjunto de unidades relacionadas entre sí, para funcionar como un todo y se compone de estímulos (entradas), procesos, y niveles de adaptación (salidas), a continuación se describen.

- Estímulos

Es todo aquello que provoca una respuesta y es también el punto de interacción del sistema adaptativo humano con el ambiente, se clasifican en 3 tipos:

- Focales

Son aquellos que influyen directamente en la persona y generan una respuesta o un comportamiento, que puede ser adaptativa o inefectiva.

- Contextuales

Son el resto de los estímulos presentes en la situación, que contribuyen al efecto del estímulo focal.

- Residuales

Son estímulos que han dejado un aprendizaje o antecedente en las personas, de experiencias pasadas propias o de otros individuos, que puede repercutir de forma positiva o negativa en la situación actual.

- Procesos

Abarcan todas las partes del sistema encargadas de regular o procesar la información proveniente de las entradas, estos procesos implican 2 categorías: el subsistema regulador-cognitivo que es aplicado a nivel individual y el subsistema estabilizador-innovador que es empleado a nivel grupal.

- Subsistema regulador-cognitivo

Son los mecanismos encargados de procesar los estímulos internos y externos, que son utilizados por el sistema para afrontar los estímulos, que se hacen evidentes en 4 modos de adaptación: fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia.

- Subsistema estabilizador-innovador

El subsistema estabilizador es utilizado para referirse a las estructuras y procesos que permiten el mantenimiento del sistema y favorecen la estabilidad del grupo, como valores, conductas y actividades, el subsistema innovador se refiere a las estructuras y procesos para el cambio y crecimiento de los sistemas sociales humanos.

- Modos de adaptación

En el modelo de Roy se considera que tanto la persona como los grupos son sistemas adaptativos, los modos de adaptación representan los comportamientos evidentes que son resultado del subsistema regulador-cognitivo. Estos modos son:

- Fisiológico

Es la forma en que las personas interactúan con el medio ambiente como seres físicos, se puede expresar como la manifestación de las actividades de

todas las células, tejidos, órganos y sistemas que conforman el cuerpo humano, éste modo se integra a partir de 9 componentes, divididos en necesidades básicas y procesos complejos.

Las necesidades básicas son: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso y protección.

Los procesos complejos incluyen: los sentidos, líquidos y electrolitos, función endócrina y función neurológica.

➤ Autoconcepto

Roy señala que el autoconcepto se integra de las creencias y sentimientos que tiene la persona sobre sí misma en un momento dado, formado a partir de las percepciones internas y de otros. Este modo tiene 2 componentes que se desarrollan durante toda la vida: el yo físico y el yo personal.

En el yo físico la persona se ve a sí misma como un ser físico, con rasgos de personalidad, apariencia, funcionalidad, sexualidad y estado de salud-enfermedad; está compuesto por las sensaciones corporales (sentimientos y experiencias de la persona) y la imagen corporal (percepción que tiene la persona sobre su cuerpo).

El yo personal incluye las expectativas, valores, virtudes y metas que son relevantes para la persona; autoconsistencia, yo ideal, yo moral, ético y espiritual.

➤ Función de rol

Este modo se refiere a la interacción existente entre el comportamiento de una persona con la forma de comportarse con otra

➤ Interdependencia

El modo de interdependencia para las personas se compone de 2 elementos relacionados, el primero es el significado de la persona hacia sí misma u otras personas, el segundo es la relación con el sistema de apoyo.

• Niveles de adaptación

Los comportamientos o respuestas de la persona o grupo representan las salidas del sistema a través de los modos de adaptación y que a su vez dan lugar a 3 niveles de adaptación:

➤ Nivel integrado

En las estructuras y funciones de los procesos vitales se logra la adaptación a los cambios en el entorno.

➤ Nivel compensatorio

Cuando el sistema recibe los estímulos se activa el subsistema regulador-cognitivo alterando los procesos integrados.

➤ Nivel comprometido

Cuando ambos mecanismos son inadecuados por consecuencia se presenta un problema de adaptación³⁵.

³⁵ Pérez SE, Tapia H, Sandoval L. La Teoría de Enfermería. Dimensiones, conceptos y aplicaciones prácticas. Modelo de Adaptación de Callista Roy. Aplicación práctica en la investigación (UNAM.NEEGPSP.SDEI.PTID.05.3)(libro multimedia). México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2010.

5.3.3. SITUACIONES QUE ALTERAN LA IMAGEN CORPORAL EN LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA MASTECTOMIZADA

El cáncer de mama, además de representar una amenaza para la vida, enfrenta a la mujer a tratamientos agresivos que tienen notables repercusiones en la imagen corporal, en el caso de la mastectomía, la mutilación de la glándula mamaria, sin duda alguna, considerada el símbolo de la identidad femenina.

La importancia de las mamas trasciende debido a que es un órgano íntimamente ligado a la sexualidad y erotismo; siendo si no el más notable cambio físico en el proceso de transición de niña a mujer, por su importancia en el proceso reproductivo y la maternidad, como fuente de la alimentación más nutritiva que existe para el recién nacido, así como el objeto a través del cual se establece un vínculo de apego y afecto entre la madre y el bebé⁶.

Pero si no bastara el simple hecho de perder una parte del cuerpo, la mujer puede enfrentarse también a la insatisfacción con su imagen corporal, debido a que al verse privada de una mama, ya no cumple con los estándares de belleza femenina idealizados, tanto por la sociedad, como por la propia mujer⁴, quienes atribuyen gran importancia a la glándula mamaria, como ícono de la feminidad y principal representativo del “ser mujer”.

Cuando se diagnostica el cáncer de mama en la mujer surgen diversos conflictos, como la incertidumbre en cuanto a las posibilidades de supervivencia, y el pensar en los efectos secundarios de los tratamientos empleados contra el cáncer de mama, así como de la mastectomía, ya que tienen un impacto considerable en la imagen corporal

y el funcionamiento sexual, debido a que la mujer puede sentir miedo a la pérdida de su atractivo físico, como sentirse mutilada o que perderá parte de su atractivo como mujer, con el consiguiente rechazo de su compañero³⁶.

A diferencia de lo que sucede con otras alteraciones de la imagen corporal, como en los trastornos de alimentación, la mujer con cáncer de mama no se enfrenta a defectos imaginados o anomalías leves, ya que la mujer mastectomizada se encuentra ante una deformidad objetiva y asimetría al carecer de la glándula mamaria extirpada; es importante aclarar que lo importante no es el cambio objetivo que ha sufrido, sino el significado que la persona le atribuye, y que a su vez está condicionado por las creencias que cada mujer tiene respecto a su imagen corporal en estrecha relación con sus habilidades de afrontamiento³⁷.

Debido a que la imagen corporal interviene en los comportamientos y en la formación de autoestima por ser un componente importante del autoconcepto, una imagen corporal negativa constituye un factor de riesgo para el desarrollo de depresión y ansiedad³³.

Es común que la mujer mastectomizada presente altos niveles de ansiedad, que es una de las manifestaciones afectivas humanas básicas, debido a que constituye una respuesta ante el sufrimiento que genera la pérdida de la imagen corporal positiva³⁸.

³⁶ Alonso A. Sexualidad y enfermedades crónicas. Rev Int Androl, 2007; 5 (1): 22 – 28.

³⁷ Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología, 2004; 1 (2-3): 169-180.

³⁸ Solana CA. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Oncología, 2005; 28 (3): 157 – 163.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, Transversal y Descriptivo.

6.2. POBLACIÓN

Esta investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Cancerología, con mujeres que acudieron a la consulta externa del servicio de Tumores Mamarios, con diagnóstico de cáncer de mama, como un producto del proyecto: **Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama, clave NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3**; Facultad de Medicina, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia e Instituto Nacional de Cancerología; proyecto de investigación, línea cáncer de mama, surgido a partir del macroproyecto **Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública**. La población la constituyeron 92 mujeres.

6.2.1. MUESTRA

La muestra fue conformada por un total de 25 mujeres que cubrieron con los requisitos establecidos en los criterios de inclusión y que desearon participar.

6.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres que hayan sido diagnosticadas con cáncer de mama y sometidas a mastectomía, en el año 2009.
- Residentes del Distrito Federal y Área Metropolitana.
- Que hablen español.
- Sepan leer y escribir.
- Que con previo consentimiento informado, accedan a contestar el instrumento de valoración.
- Que completen en su totalidad el llenado del instrumento de valoración.

6.2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que tengan más de un año de haber sido diagnosticadas y sometidas a mastectomía.
- Mujeres con otro tipo de neoplasia.
- Mujeres post operadas de cirugía conservadora o mastectomía con reconstrucción inmediata.
- Que residan fuera del Distrito Federal y Área Metropolitana.
- Que no deseen participar en el estudio.
- Que no completen en su totalidad el llenado del instrumento de valoración.

6.3. VARIABLE

Imagen corporal

6.3.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La imagen corporal se define como la representación mental del cuerpo que cada persona construye en su mente; se refiere a la manera en que se percibe, imagina; siente y actúa respecto a su propio cuerpo³¹.

6.3.2. OPERACIONALIDAD

Se utilizó el instrumento de Imagen Corporal en Mujeres con Cáncer de Mama de Sebastián y col., 2007, validado en una población hispanoparlante; el cual se contesta mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones que va de 1=nunca a 4=siempre.

La fiabilidad del instrumento utilizando el índice de consistencia interna alfa de Cronbach fue de 0,880.

6.3.3. INDICADORES Y ESCALAS

INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa	Discontinua	Años
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera, casada, divorciada, viuda, separada, unión libre, otro especificar
Actualmente tiene pareja	Cualitativa	Dicotómica	Si, no
Vive con su pareja	Cualitativa	Dicotómica	Si, no
Lugar de nacimiento	Cualitativa	Nominal	Especificar
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	Muy bajo, bajo, medio, alto
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica, licenciatura, otra
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Trabaja, ama de casa, ambas
Mama extirpada mediante mastectomía	Cualitativa	Nominal	Izquierda, derecha, ambas
Presencia de otra enfermedad	Cualitativa	Dicotómica	Si, no

que afecte la Imagen Corporal			
Enfermedad que afecta la Imagen Corporal	Cualitativa	Nominal	Especificar
Satisfacción con el aspecto cuando se está vestida	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre
Creencia de que a los demás les gusta el aspecto físico	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre
Evadir mirar la cicatriz durante la ducha o el baño	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre
Satisfacción con el aspecto al estar desnuda	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre
Evitar que los demás vean la cicatriz	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre
Sentimiento de pérdida del atractivo como mujer	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre
Sentimiento sobre ser menos femenina después de la operación	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre
Creencia de que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre
Impresión de sentirse menos atractiva sexualmente desde	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre

la operación			
Sentimiento de miedo o vergüenza ante una posible relación sexual	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre
Percibirse deformada o mutilada	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre
Percepción general negativa del cuerpo a partir de la mastectomía	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre
Sentimiento de repugnancia hacia la cicatriz	Cualitativa	Ordinal	Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre

6.4. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Si bien existen diversas escalas para valorar la imagen corporal, ninguna es tan específica para medir la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama que hayan sido sometidas a mastectomía.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó el Instrumento de Imagen Corporal de Sebastián y col., investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid, del año 2007, validado en una población hispanohablante, ya que contiene los elementos más importantes en lo que se refiere a la imagen corporal de mujeres con cáncer de mama mastectomizadas y cuenta con una confiabilidad alfa de Cronbach de 0,880

El instrumento de Imagen Corporal de Sebastián y col., consta de 12 reactivos estructurados en escala tipo Likert donde las opciones de respuesta son: 1=nunca, 2=casi nunca, 3=casi siempre, 4=siempre.

El Instrumento se divide en 6 dimensiones:

1. Grado de satisfacción con la apariencia vestida, tanto consigo mismo como con los demás.
 - Satisfacción con el aspecto cuando se está vestida.
 - Creencia de que a los demás les gusta el aspecto físico.
2. Pérdida de la feminidad.
 - Sentimiento sobre ser menos femenina después de la operación.
 - Sentimiento de pérdida del atractivo como mujer.
3. Grado de satisfacción con la apariencia desnuda, tanto consigo misma como con los demás.
 - Evadir mirar la cicatriz durante la ducha o el baño.
 - Satisfacción con el aspecto al estar desnuda.
 - Evitar que los demás vean la cicatriz.
4. Sentimientos acerca del atractivo sexual.
 - Creencia de que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales.
 - Impresión de sentirse menos atractiva sexualmente desde la operación.
 - Sentimiento de miedo o vergüenza ante una posible relación sexual.
5. Pérdida de la integridad corporal.
 - Percibirse deformada o mutilada.

6. Grado de satisfacción con la cicatriz.

- Sentimiento de repugnancia hacia la cicatriz.

Se agregaron 11 preguntas sociodemográficas para caracterizar a la muestra de mujeres mexicanas como la edad, estado civil, si tienen pareja y si viven con su pareja, lugar de nacimiento, nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, mama mastectomizada y enfermedades preexistentes que pudieran afectar la percepción de su imagen corporal.

Se planteó además una pregunta con el fin de medir de manera general la percepción de la imagen corporal de los sujetos de estudio, la cual se estructuró en escala tipo Likert donde las opciones de respuesta son: 1=nunca, 2=casi nunca, 3=casi siempre, 4=siempre. El instrumento final quedó constituido por 24 reactivos.

6.5. PLANEACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se trabajó en el servicio de Tumores Mamarios del INCan de enero a febrero de 2010 y previa autorización y apoyo del personal, principalmente de Enfermería, se abordó a las pacientes antes de la hora programada para su cita médica para no interferir con ésta; se les proporcionó la información acerca de esta investigación así como el consentimiento informado y se aclararon todas las dudas, para proseguir con la aplicación del instrumento de Imagen Corporal.

Una vez concluida la aplicación de todos los instrumentos se procedió a vaciar la información y obtener los resultados en el programa SPSS versión 15.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se realizó con base en los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, veracidad, privacidad y confidencialidad, señalados en el Código de Ética de Enfermería.

Se obtuvo el consentimiento informado de las pacientes antes de llevar a cabo las entrevistas, brindando una clara explicación sobre los objetivos del estudio y se les describió claramente en qué consiste su participación.

Se dio lectura al formato de consentimiento informado, proporcionándole a la mujer las facilidades para expresar sus dudas y debiendo aclarárselas hasta que quedara satisfecha.

Se hizo énfasis en que su participación es completamente voluntaria, que el empleo de la información es confidencial y que si decide no acceder a participar, no se verá afectada la atención, así como el tratamiento que le proporciona el Instituto.

8. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

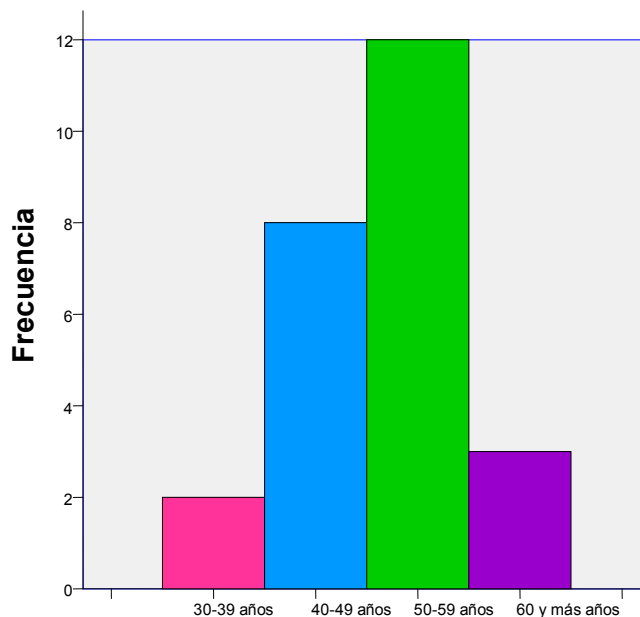
Cuadro No. 1
Edad de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	30 a 39	2	8.0
	40 a 49	8	32.0
	50 a 59	12	48.0
	60 y más	3	12.0
	Total	25	100.0

Fuente: Instrumento de Imagen Corporal en mujeres con Cáncer de Mama de Sebastián y col., 2007. Encuesta utilizada para la tesis: "Imagen Corporal en un Grupo de Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama Mastectomizadas, 2010 en el INCan"

Gráfica No. 1
Edad de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Instrumento de Imagen Corporal en mujeres con Cáncer de Mama de Sebastián y col., 2007. Encuesta utilizada para la tesis: "Imagen Corporal en un Grupo de Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama Mastectomizadas, 2010 en el INCan"

Descripción: De las 25 mujeres encuestadas, 2 mujeres se encuentran en un rango de edad comprendido entre los 30 y 39 años de edad, 8 mujeres en el rango de 40 a 49 años de edad, 12 mujeres en el rango de 50 a 59 años de edad y solamente 3 mujeres tienen 60 años de edad o más.

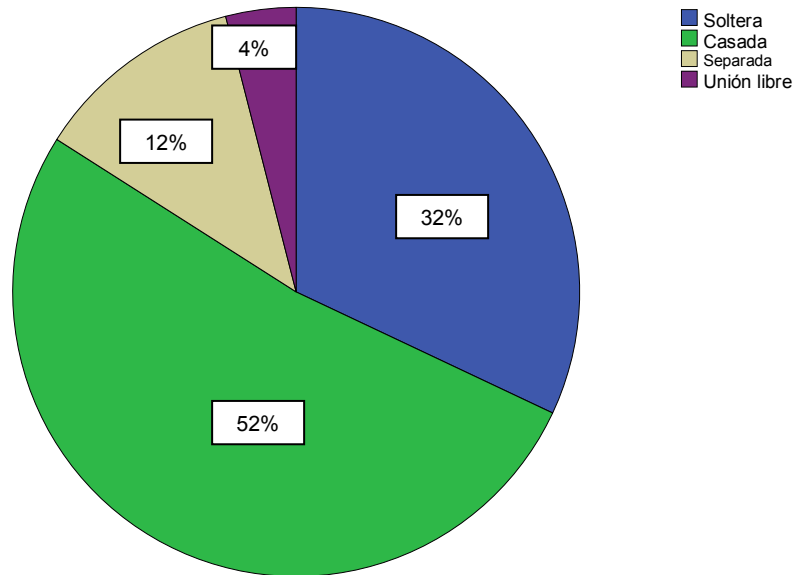
Cuadro No. 2
Estado civil de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Soltera	8	32.0
	Casada	13	52.0
	Separada	3	12.0
	Unión libre	1	4.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No.2
Estado civil de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: Se observa que el 52% de las mujeres son casadas, el 32% son solteras, el 12% se encuentran separadas de su pareja y solo el 4% vive en unión libre con su pareja.

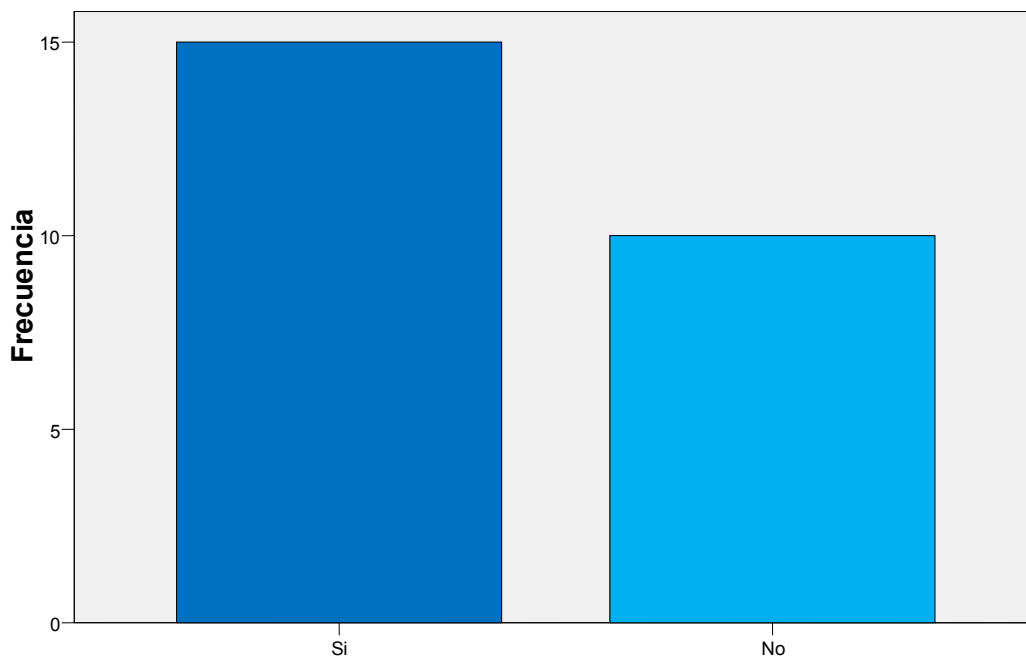
Cuadro No. 3
Actualmente tienen pareja las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	15	60.0
	No	10	40.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No.1

Gráfica No. 3
Actualmente tienen pareja las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: De las 25 mujeres encuestadas, 15 mujeres encuestadas tienen pareja, mientras que 10 mujeres encuestadas no tienen pareja actualmente.

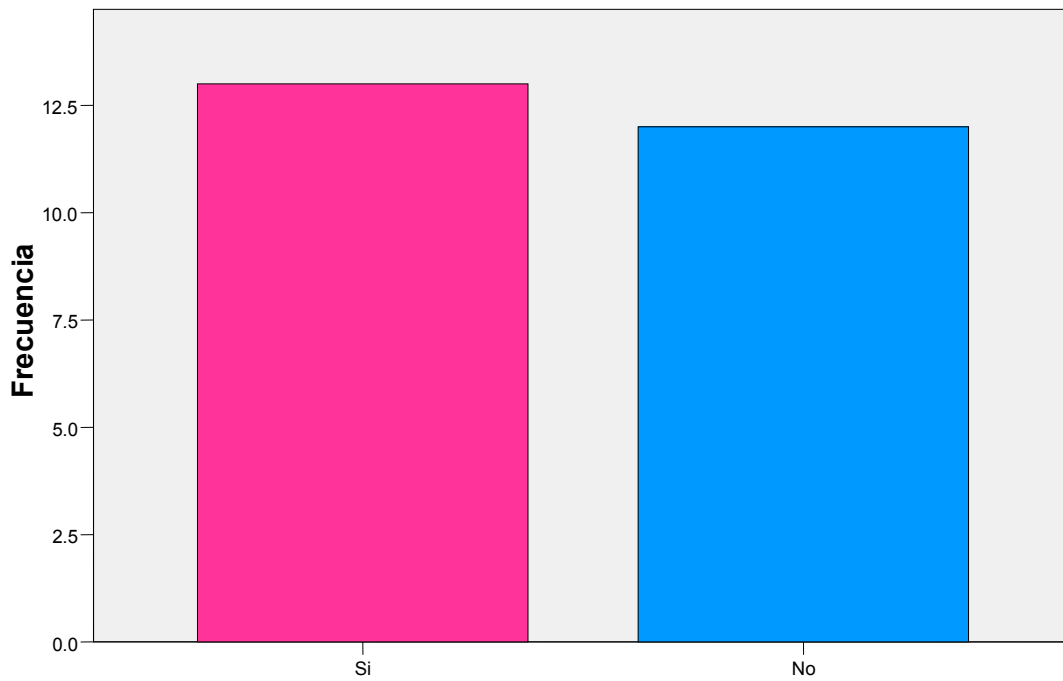
Cuadro No. 4
Viven con su pareja las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	13	52.0
	No	12	48.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 4
Viven con su pareja las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: De las 25 mujeres encuestadas, 13 mujeres viven con su pareja, mientras que 12 mujeres no viven con su pareja.

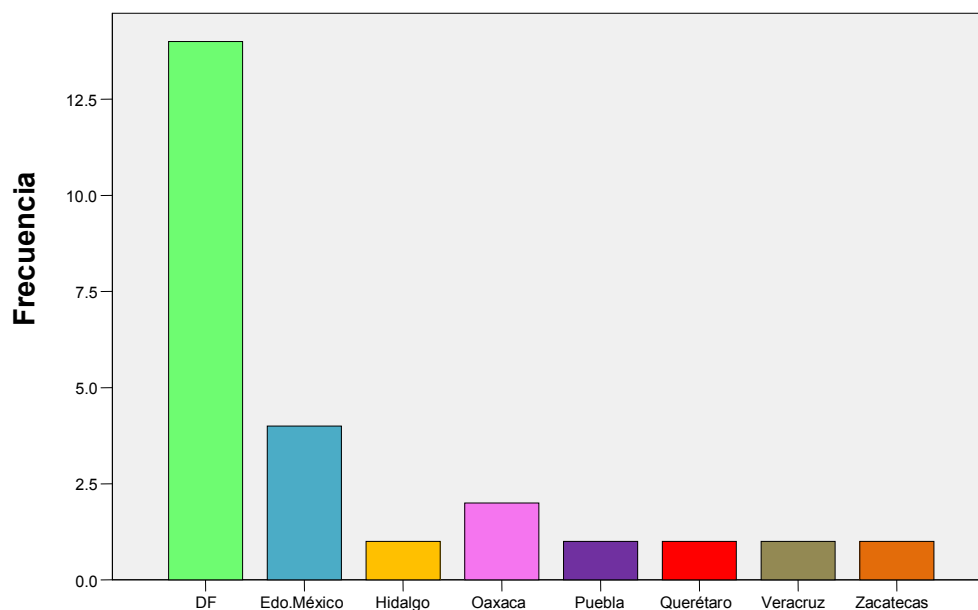
Cuadro No. 5
Lugar de nacimiento de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	DF	14	56.0
	Edo. México	4	16.0
	Hidalgo	1	4.0
	Oaxaca	2	8.0
	Puebla	1	4.0
	Querétaro	1	4.0
	Veracruz	1	4.0
	Zacatecas	1	4.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 5
Lugar de nacimiento de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: Se observa que 14 de las mujeres encuestadas son originarias del Distrito Federal, 4 mujeres son originarias del Estado de México, 2 mujeres son originarias de Oaxaca y el resto de otros estados de la República, las cuales son minoría.

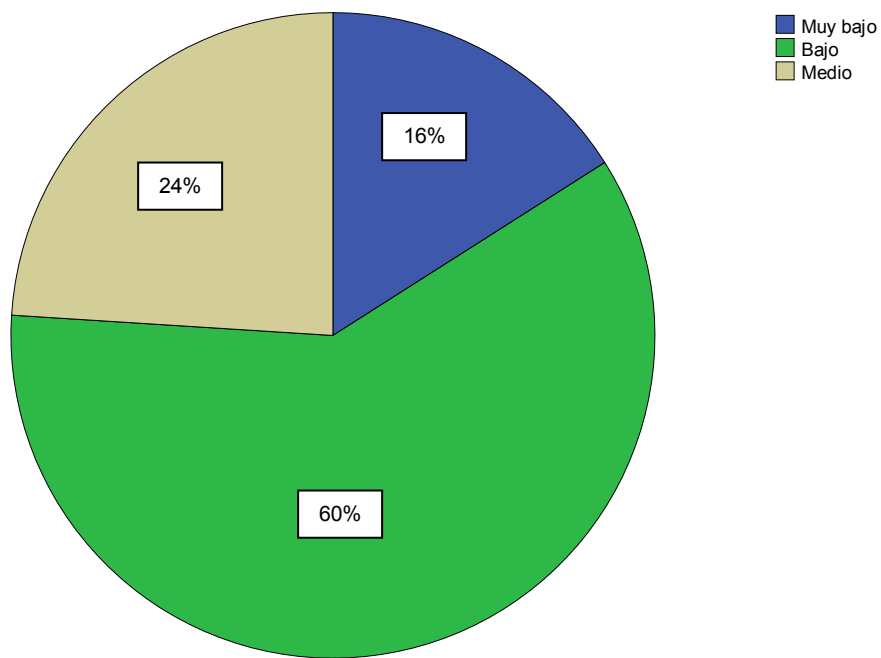
Cuadro No. 6
Nivel socioeconómico de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Muy bajo	4	16.0
	Bajo	15	60.0
	Medio	6	24.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 6
Nivel socioeconómico de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: De las 25 mujeres encuestadas, el 60% consideran su estado socioeconómico como bajo, el 16% como muy bajo y el 24% como medio.

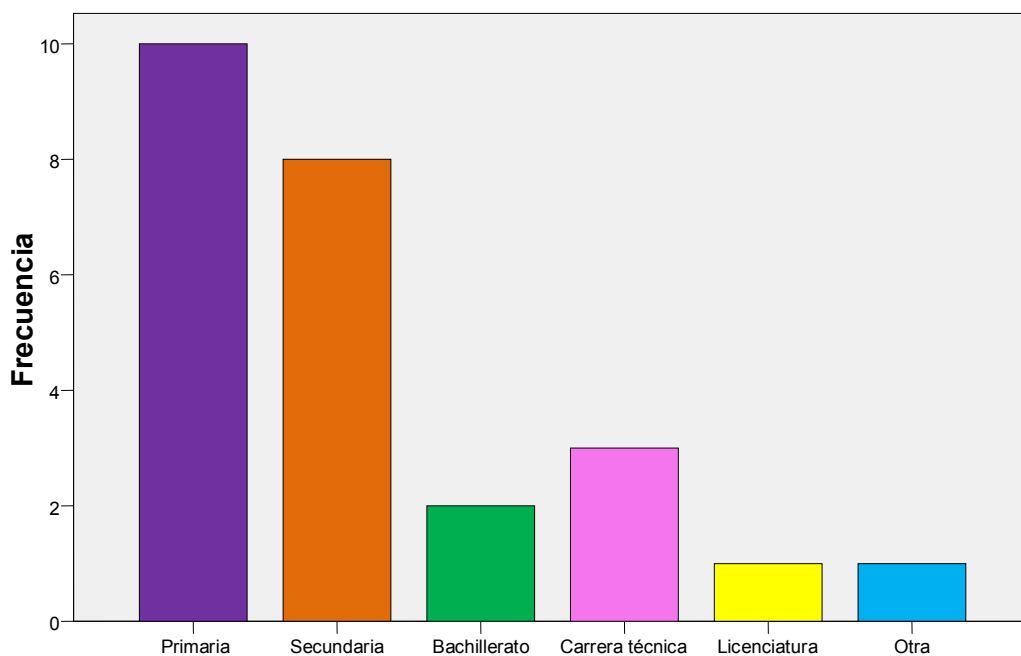
Cuadro No. 7
Escolaridad de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Primaria	10	40.0
	Secundaria	8	32.0
	Bachillerato	2	8.0
	Carrera técnica	3	12.0
	Licenciatura	1	4.0
	Otra	1	4.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 7
Escolaridad de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 10 de las mujeres cuentan con educación primaria, 8 con secundaria, 2 con bachillerato, 3 mujeres cuentan con carrera técnica, 1 mujer cursó estudios de licenciatura y 1 mujer cuenta con estudios de doctorado.

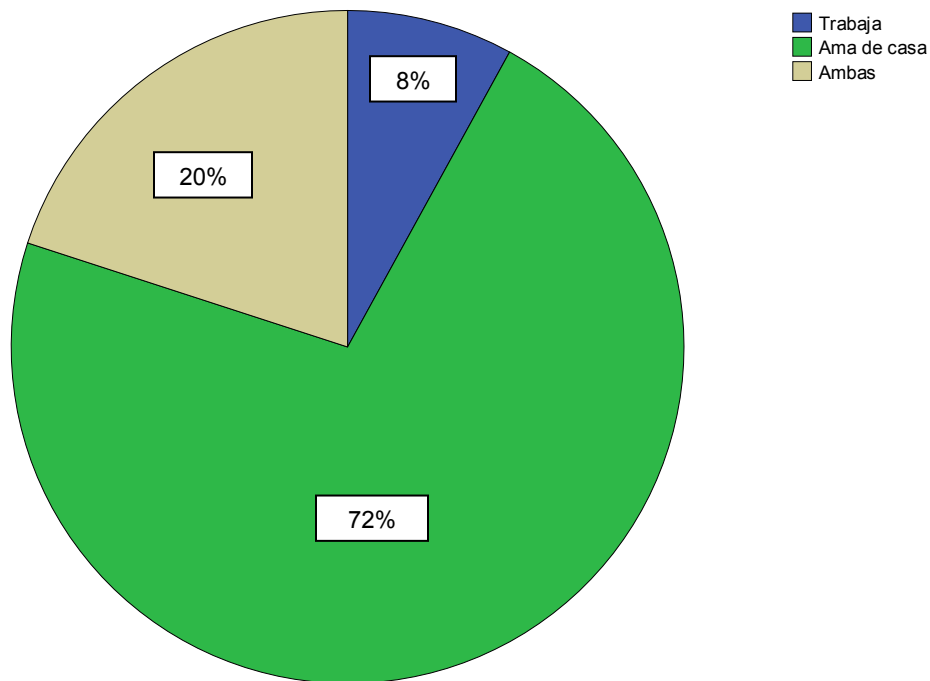
Cuadro No. 8
Ocupación de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Trabaja	2	8.0
	Ama de casa	18	72.0
	Ambas	5	20.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 8
Ocupación de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La mayoría de las mujeres entrevistadas se dedican exclusivamente a su hogar, esto es el 72%, el 20% de las mujeres además de realizar las labores del hogar trabajan, mientras que el 8% se dedican solamente a trabajar.

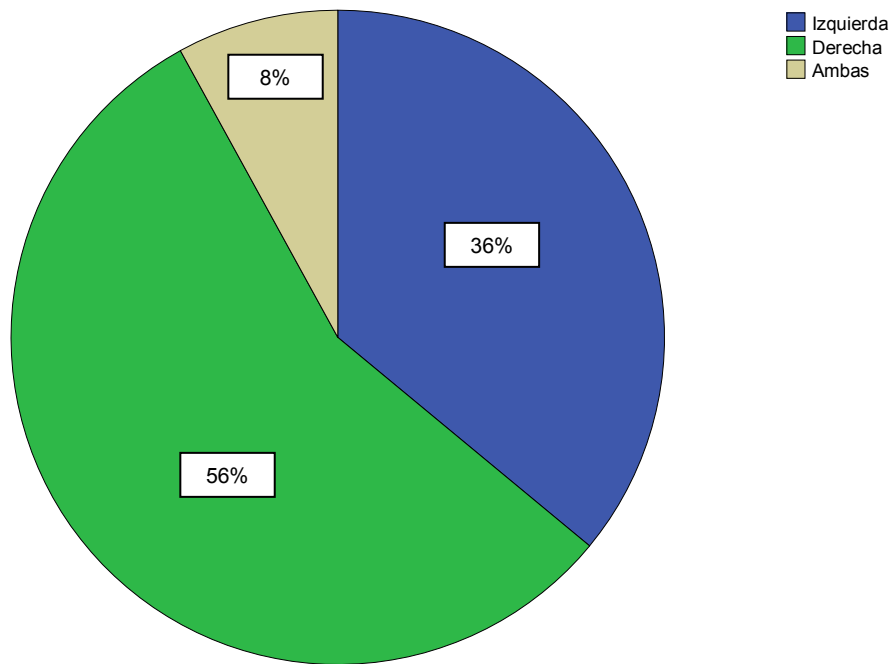
Cuadro No. 9
Mama extirpada mediante mastectomía de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Izquierda	9	36.0
	Derecha	14	56.0
	Ambas	2	8.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 9
Mama extirpada mediante mastectomía de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: El 56% de las mujeres presentaron el cáncer en la mama derecha, el 36% lo presentaron en la izquierda, mientras que el número de mujeres con cáncer de mama bilateral es mínimo, esto representa al 8%.

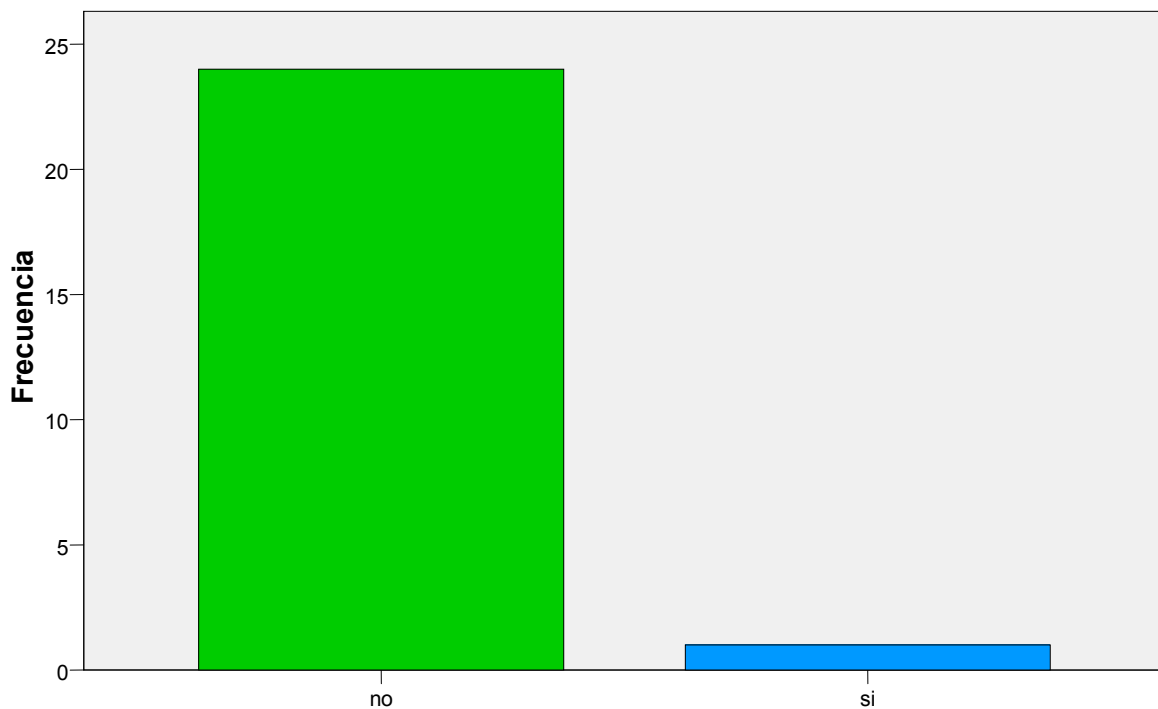
Cuadro No. 10
Presencia de otra enfermedad que afecte la Imagen Corporal de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	24	96.0
	Si	1	4.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 10
Presencia de otra enfermedad que afecte la Imagen Corporal de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: Solo 1 mujer refiere padecer alguna enfermedad además del cáncer que afecta en la percepción de su Imagen Corporal.

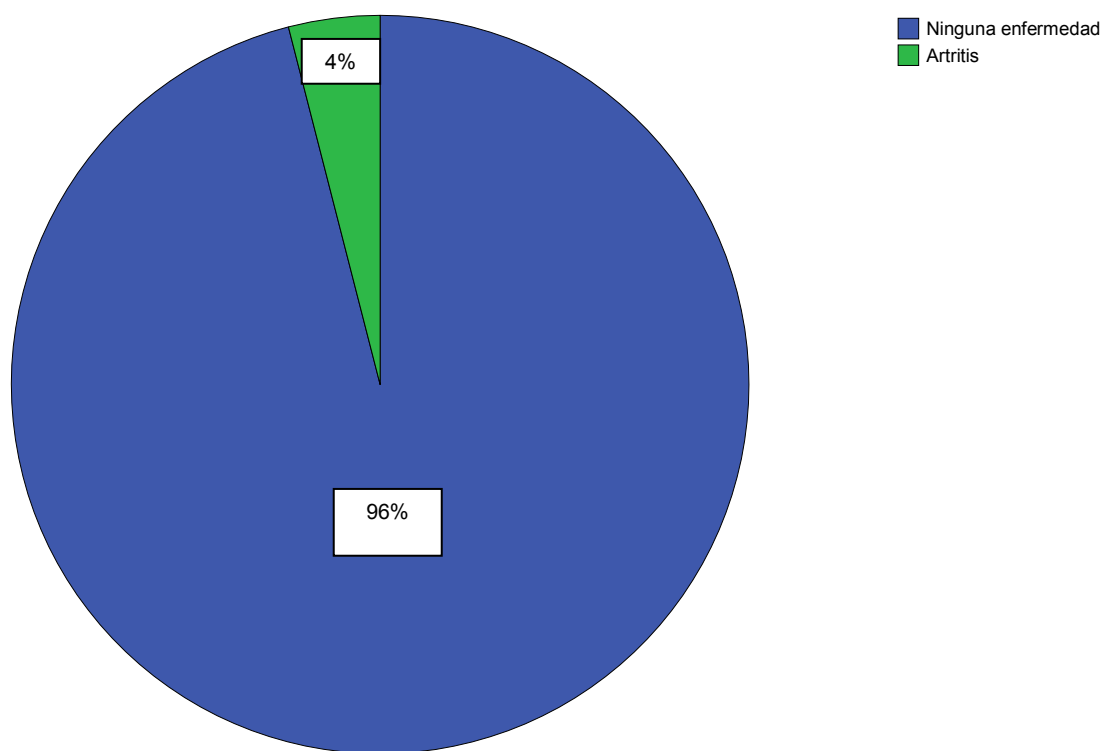
Cuadro No. 11
Enfermedad que afecta la Imagen Corporal de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguna enfermedad	24	96.0
	Artritis	1	4.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 11
Enfermedad que afecta la Imagen Corporal
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: La enfermedad que refiere la mujer y que influye en su imagen corporal es artritis.

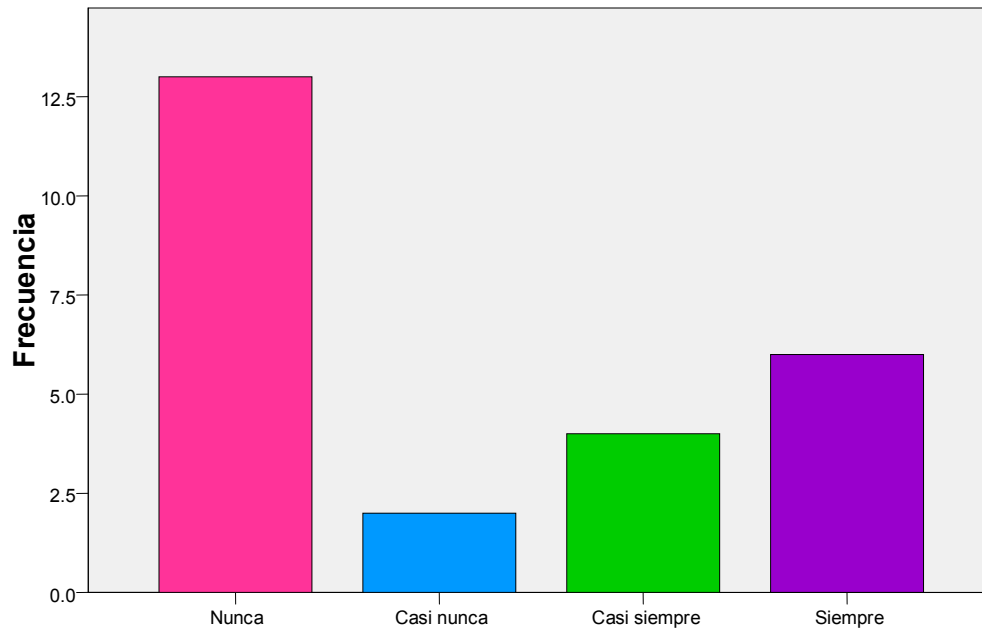
Cuadro No. 12
Impresión de las mujeres encuestadas de sentirse menos atractivas sexualmente desde la operación
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	13	52.0
	Casi nunca	2	8.0
	Casi siempre	4	16.0
	Siempre	6	24.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 12
Impresión de las mujeres encuestadas de sentirse menos atractivas sexualmente desde la operación
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: De las 25 mujeres encuestadas, 13 mujeres nunca se sienten menos atractivas sexualmente, 2 mujeres casi nunca, 4 mujeres casi siempre y 6 mujeres siempre se sienten menos atractivas sexualmente.

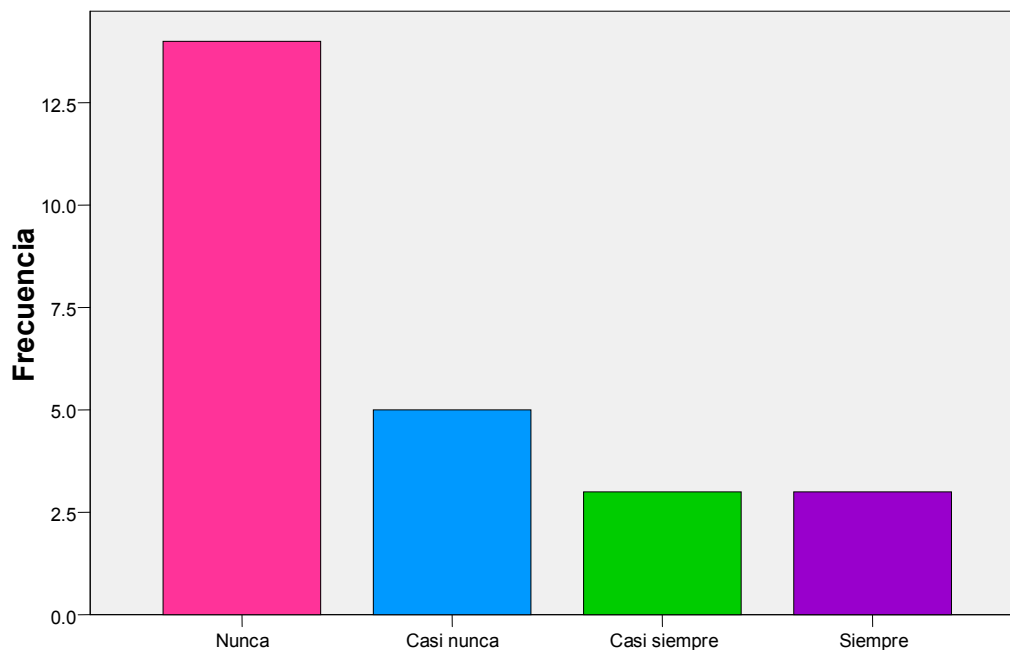
Cuadro No. 13
Sentimiento de pérdida del atractivo como mujer de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	14	56.0
	Casi nunca	5	20.0
	Casi siempre	3	12.0
	Siempre	3	12.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 13
Sentimiento de pérdida del atractivo como mujer de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 14 de las mujeres encuestadas consideran que no sienten pérdida del atractivo como mujer, 5 mujeres casi nunca, 3 mujeres casi siempre y 3 mujeres si sienten haber perdido el atractivo como mujer.

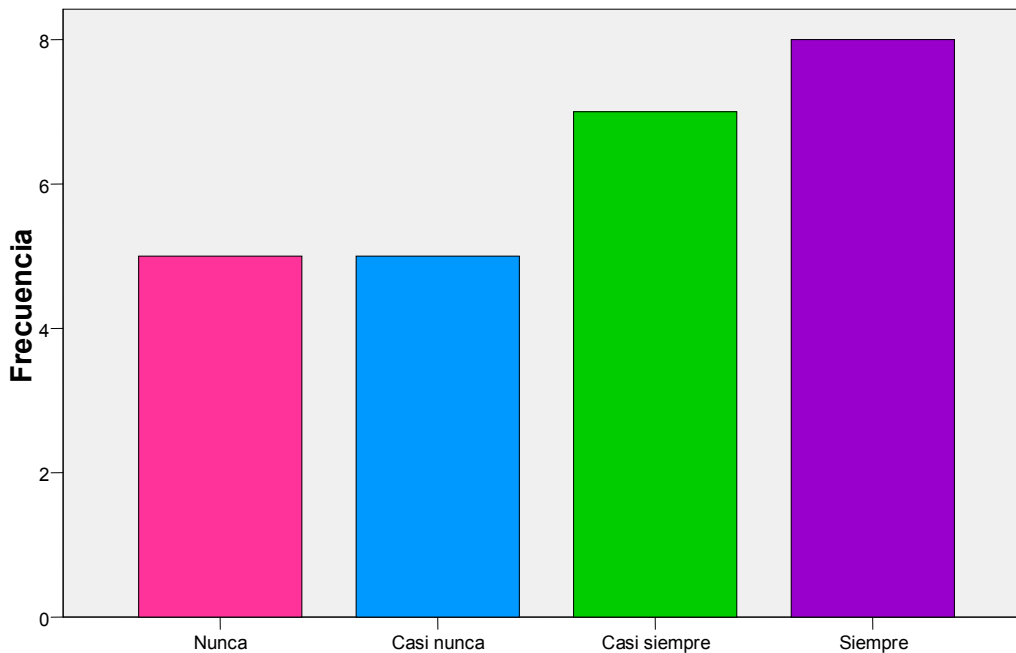
Cuadro No. 14
Percepción de deformidad o mutilación de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	5	20.0
	Casi nunca	5	20.0
	Casi siempre	7	28.0
	Siempre	8	32.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 14
Percepción de deformidad o mutilación de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 8 de las mujeres encuestadas perciben sus cuerpos como deformados o mutilados siempre y 7 mujeres casi siempre, mientras que 5 mujeres no lo perciben nunca como mutilado y 5 mujeres solo en algunas ocasiones.

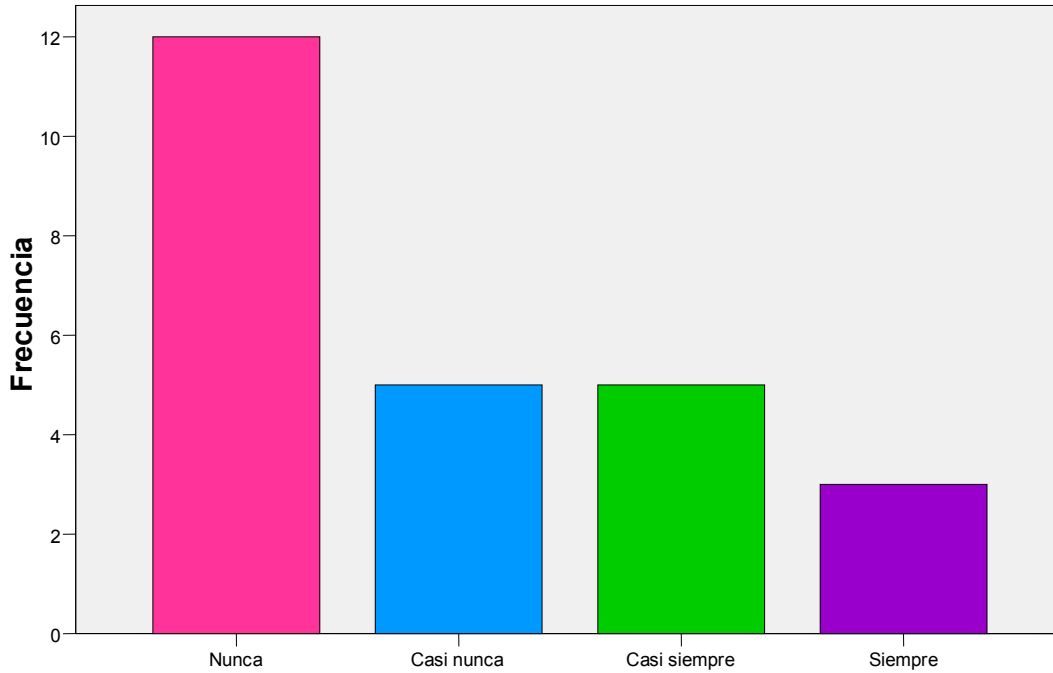
Cuadro No. 15
Necesidad de evitar que los demás vean la cicatriz de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	12	48.0
	Casi nunca	5	20.0
	Casi siempre	5	20.0
	Siempre	3	12.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 15
Necesidad de evitar que los demás vean la cicatriz de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 12 de las mujeres encuestadas no sienten la necesidad de evitar que alguien más vea su cicatriz, 5 mujeres casi nunca lo evitan, 5 mujeres casi siempre lo hacen y solo 3 mujeres expresaron si sentir dicha necesidad.

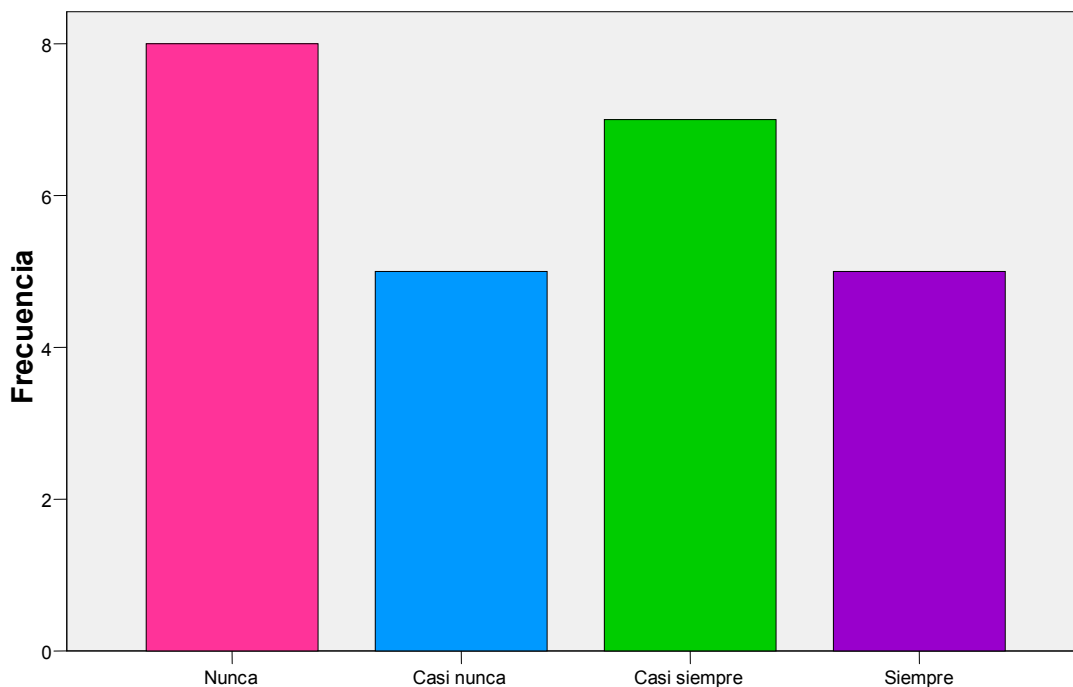
Cuadro No. 16
Sentimiento de miedo o vergüenza ante una posible relación sexual de las mujeres encuestadas 2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	8	32.0
	Casi nunca	5	20.0
	Casi siempre	7	28.0
	Siempre	5	20.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 16
Sentimiento de miedo o vergüenza ante una posible relación sexual de las mujeres encuestadas 2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 5 de las mujeres encuestadas siempre sienten miedo o vergüenza, mientras que 7 mujeres casi siempre, 5 mujeres casi nunca y 8 mujeres nunca tienen esos sentimientos.

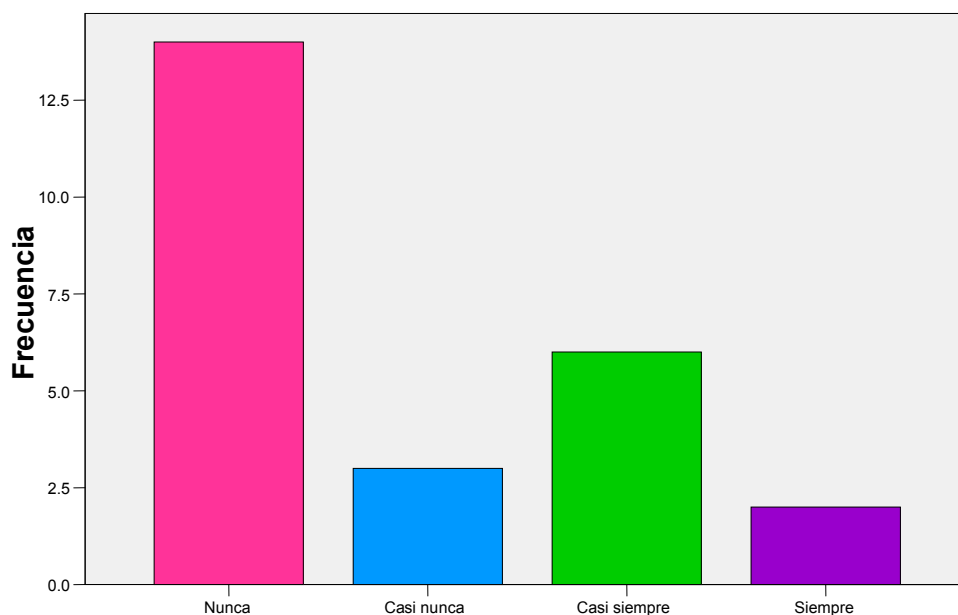
Cuadro No. 17
Necesidad de evadir mirar la cicatriz durante la ducha o el baño de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	14	56.0
	Casi nunca	3	12.0
	Casi siempre	6	24.0
	Siempre	2	8.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 17
Necesidad de evadir mirar la cicatriz durante la ducha o el baño de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 14 de las mujeres encuestadas no sienten la necesidad de evitar mirar su cicatriz mientras toman un baño o ducha, 3 mujeres casi nunca, 6 mujeres casi siempre lo evitan y solo 2 mujeres siempre tienen esa necesidad.

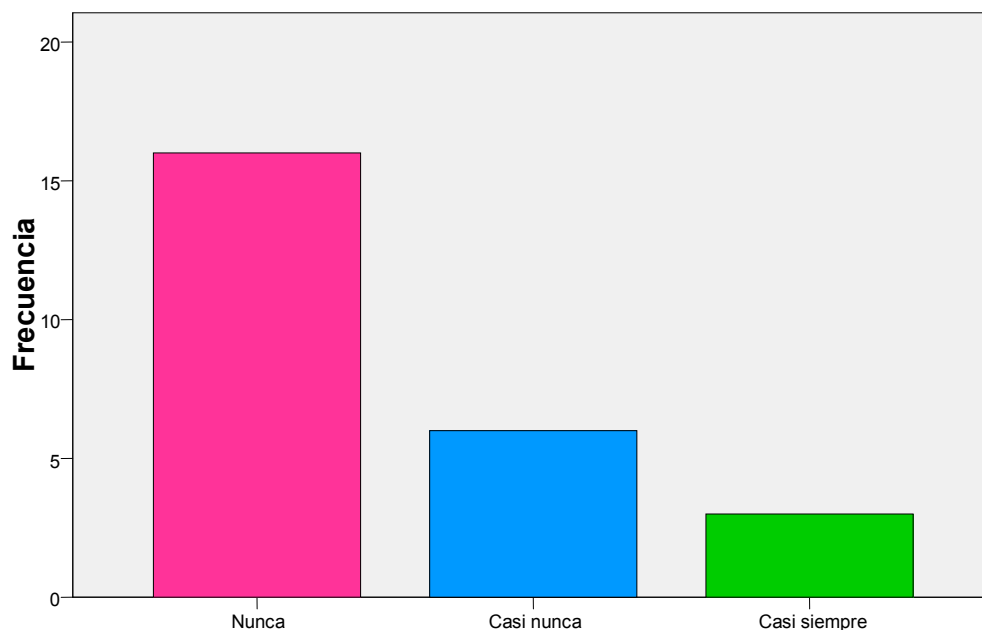
Cuadro No. 18
Sentimiento de repugnancia hacia la cicatriz de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	16	64.0
	Casi nunca	6	24.0
	Casi siempre	3	12.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 18
Sentimiento de repugnancia hacia la cicatriz de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 16 de las mujeres encuestadas no perciben con repugnancia su cicatriz, 6 mujeres casi nunca la perciben con repugnancia y 3 mujeres la perciben de dicha manera casi siempre.

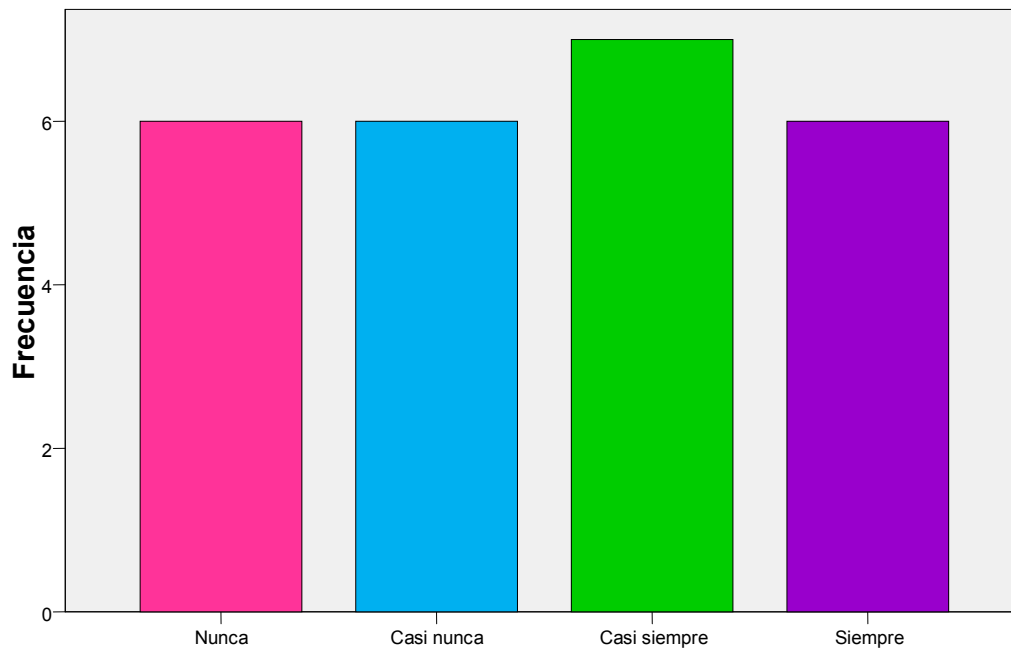
Cuadro No. 19
Satisfacción con el aspecto al estar desnuda de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	6	24.0
	Casi nunca	6	24.0
	Casi siempre	7	28.0
	Siempre	6	24.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 19
Satisfacción con el aspecto al estar desnuda de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 6 de las mujeres encuestadas no se encuentran satisfechas con su aspecto al estar desnudas, 6 mujeres casi nunca, 7 mujeres casi siempre se encuentran satisfechas y 6 mujeres siempre se encuentran satisfechas con su aspecto al estar desnudas.

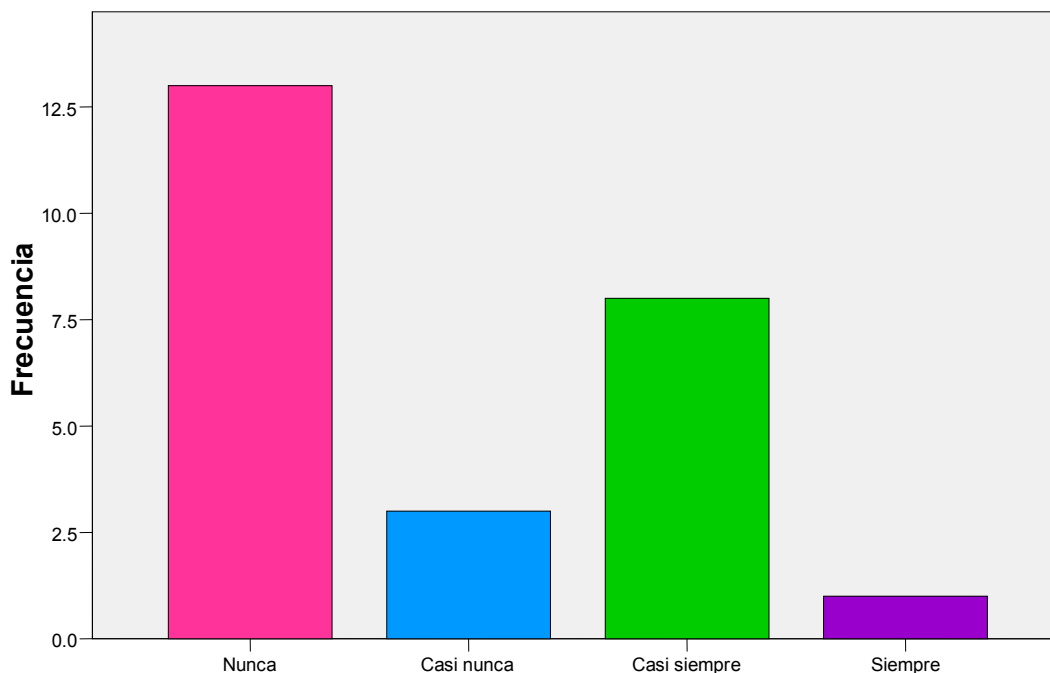
Cuadro No. 20
Sentimiento sobre ser menos femenina después de la operación de las mujeres encuestadas 2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	13	52.0
	Casi nunca	3	12.0
	Casi siempre	8	32.0
	Siempre	1	4.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 20
Sentimiento sobre ser menos femenina después de la operación de las mujeres encuestadas 2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 13 de las mujeres encuestadas no se sienten menos femeninas desde la operación, 3 mujeres casi nunca, mientras que 8 mujeres casi siempre tienen ese sentimiento y solo 1 mujer siempre se siente menos femenina.

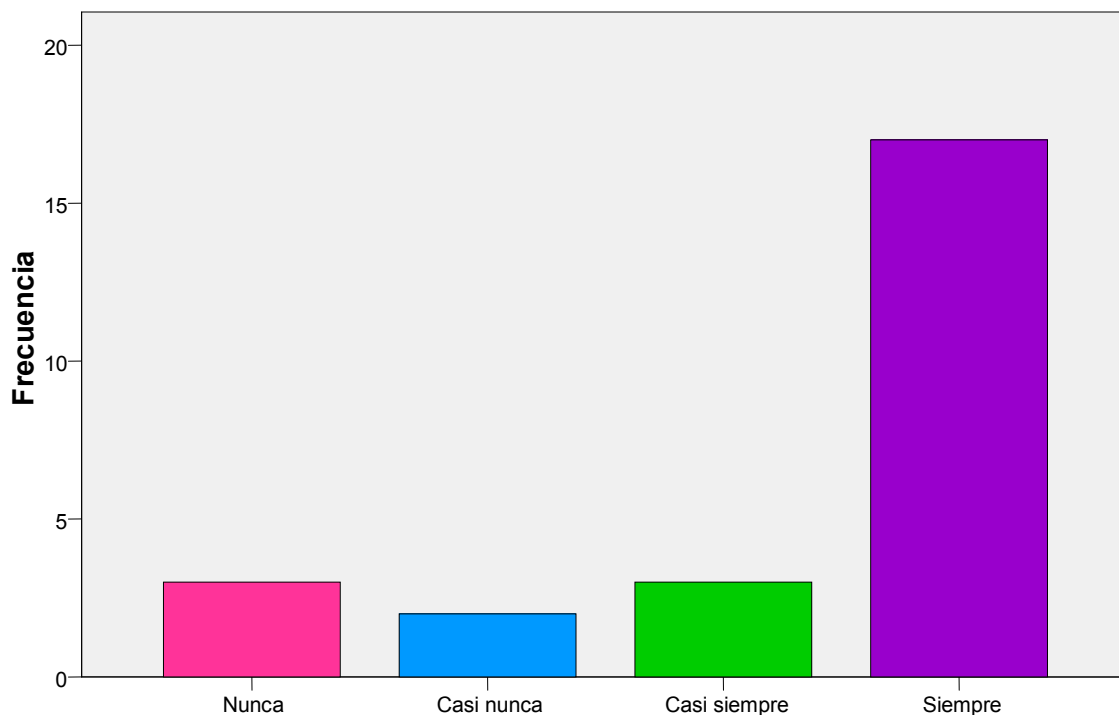
Cuadro No. 21
Satisfacción con el aspecto cuando se está vestida de las mujeres encuestadas
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	3	12.0
	Casi nunca	2	8.0
	Casi siempre	3	12.0
	Siempre	17	68.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 21
Satisfacción con el aspecto cuando se está vestida de las mujeres encuestadas
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 17 de las mujeres encuestadas siempre están satisfechas con su aspecto al estar vestidas, mientras que 3 mujeres lo están casi siempre, 2 mujeres casi nunca y 3 mujeres nunca se sienten satisfechas con su aspecto al estar vestidas.

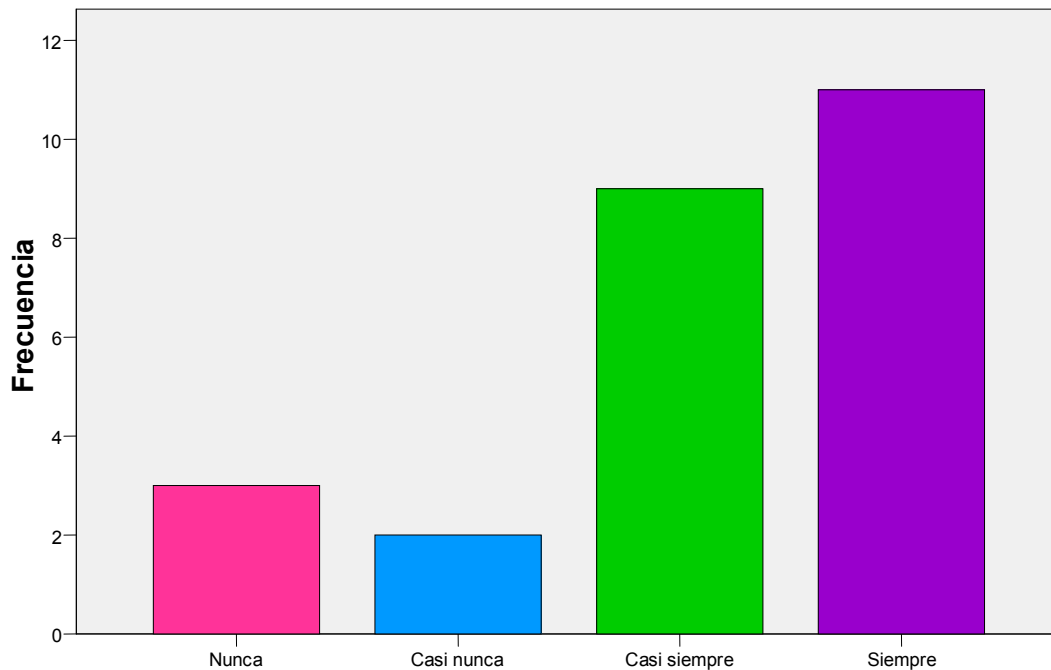
Cuadro No. 22
Creencia de las mujeres encuestadas de que a los demás les gusta su aspecto físico
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	3	12.0
	Casi nunca	2	8.0
	Casi siempre	9	36.0
	Siempre	11	44.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 22
Creencia de las mujeres encuestadas de que a los demás les gusta su aspecto físico
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 11 de las mujeres encuestadas consideran que a los demás siempre les gusta su aspecto, 9 mujeres lo creen casi siempre, 2 mujeres consideran que casi nunca y 3 mujeres creen que nunca.

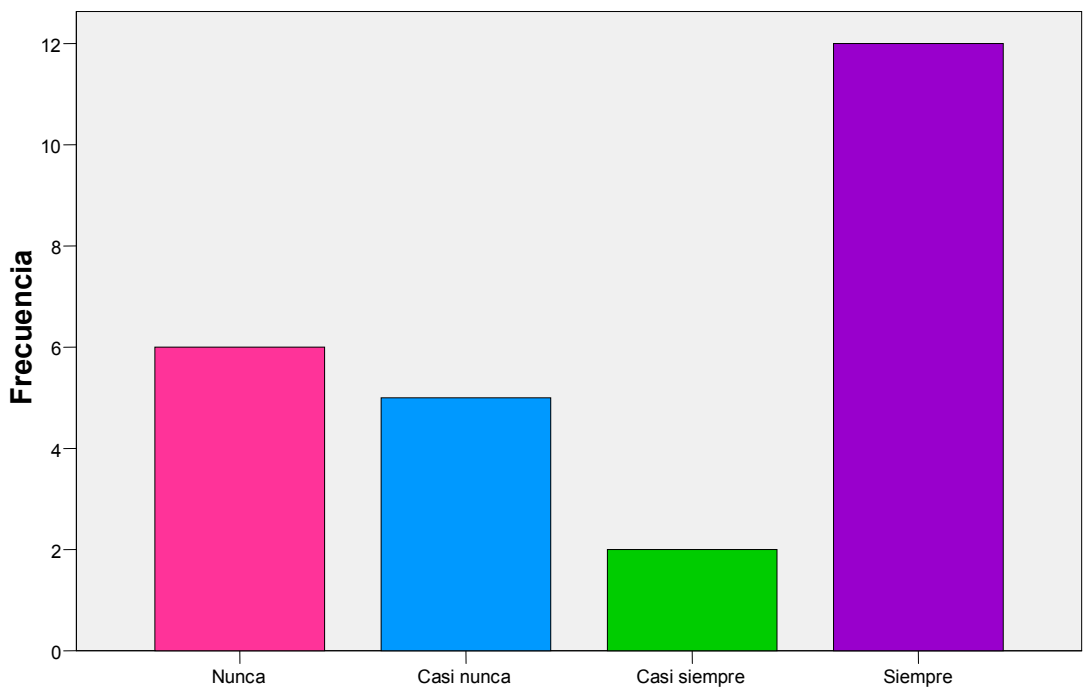
Cuadro No. 23
Creencia de las mujeres encuestadas de que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales
2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	6	24.0
	Casi nunca	5	20.0
	Casi siempre	2	8.0
	Siempre	12	48.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 23
Creencia de las mujeres encuestadas de que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales
2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 12 de las mujeres encuestadas consideran al pecho un componente importante en las relaciones sexuales, 2 mujeres casi siempre, 5 mujeres casi nunca lo ven de esa manera y 6 mujeres no lo consideran importante.

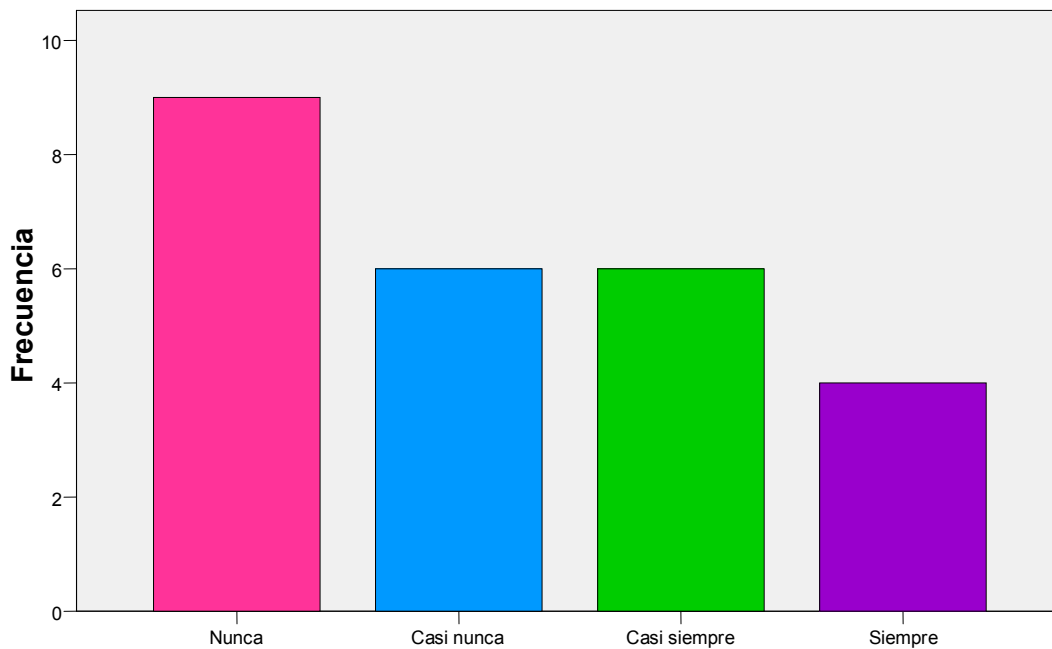
Cuadro No. 24
Percepción general negativa del cuerpo a partir de la mastectomía de las mujeres encuestadas 2010

n=25

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	9	36.0
	Casi nunca	6	24.0
	Casi siempre	6	24.0
	Siempre	4	16.0
	Total	25	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 24
Percepción general negativa del cuerpo a partir de la mastectomía de las mujeres encuestadas 2010



Fuente: Misma de la gráfica No. 1

Descripción: 4 de las mujeres tienen una percepción general negativa de sus cuerpos siempre, siendo la minoría, 6 mujeres tienen esa percepción casi siempre, 6 mujeres casi nunca y 9 mujeres no consideran tener una percepción general negativa de su cuerpo.

9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los cuadros del 1 al 11 se refieren a las características sociodemográficas de las mujeres, donde se destaca que la edad en que aparece el cáncer de mama en la mayoría de las mujeres es a partir de los 40 años, predominando en las mujeres con edad comprendida entre los 50 y 59 años, lo cual es consistente con lo reportado en la literatura revisada.

La mayoría de las mujeres tienen pareja (60%), son casadas (52%), y viven con su compañero (52%) lo cual es importante pues tuvieron el apoyo de sus compañeros durante el proceso de su tratamiento y según la literatura revisada, el estado civil tiene relación en la percepción de la imagen corporal, siendo ésta más positiva cuando la mujer tiene pareja.

El 72% de las mujeres son originarias del Distrito Federal y del Estado de México, lo que les facilita el acceso al Instituto para recibir tratamiento; el resto provienen principalmente de otros estados de la zona centro del país.

Destaca que el 76% de éstas mujeres poseen un nivel socioeconómico bajo, lo cual se asocia con su escolaridad, ya que el 72% de las mujeres cuenta solamente con educación básica, y el 72% de ellas se dedican exclusivamente al hogar, tal como se aprecia en países en vías de desarrollo como México, sin embargo; el 28% de las mujeres cuentan con un empleo remunerado, el 12% de las mujeres encuestadas cuentan con estudios a nivel técnico, el 4% con estudios de licenciatura y el 4% con estudios de posgrado, por lo cual, el padecimiento de la enfermedad y el llevar a cabo su tratamiento influyen en la prestación de sus servicios y por consiguiente en la

aportación económica que proveen para sus familias y más aún cuando la mujer es la única fuente de ingresos.

La mama más afectada por el cáncer es la derecha, pero dos mujeres encuestadas presentaron cáncer de mama bilateral.

Solo una mujer encuestada considera que la artritis que padece afecta su imagen corporal, el resto niega padecer alguna enfermedad además del cáncer de mama que tenga alguna repercusión en la percepción de su imagen corporal.

El cuadro 12 describe la impresión de las mujeres encuestadas sobre sentirse menos atractivas sexualmente desde la operación, donde el 60% de las mujeres expresaron que nunca o casi nunca se sienten menos atractivas sexualmente, contrario a los datos aportados por la literatura revisada, ya que éste problema concerniente a la imagen corporal es uno de los que más afectan a las mujeres mastectomizadas.

En el cuadro 13 se muestran los resultados sobre el sentimiento de pérdida del atractivo como mujer, donde el 76% de las mujeres encuestadas manifestaron que no sienten haber perdido su atractivo como mujeres.

En el cuadro 14 se describe la impresión de las mujeres encuestadas sobre sentirse deformadas o mutiladas y destaca que el 60% de ellas expresaron sentirse de esa manera siempre o casi siempre, lo cual es consistente con lo reportado en la literatura, ya que la mastectomía enfrenta a la mujer a una deformidad real al extirpar una parte del cuerpo de la mujer.

El cuadro 15 muestra la necesidad de las mujeres encuestadas de evitar que los demás vean su cicatriz, donde destaca que el 68% de estas mujeres no consideran necesario evitar que alguien vea su cicatriz.

El cuadro 16 describe el sentimiento de miedo o vergüenza ante una posible relación sexual de las mujeres encuestadas, donde el 52% de las mujeres expresaron que sí tienen este sentimiento y el 48% no sienten miedo o vergüenza ante una posible relación sexual, esto es interesante, ya que como se había mencionado antes, la mayoría de las mujeres expresaron no sentirse menos atractivas sexualmente.

En el cuadro 17 se muestran los resultados en cuanto a la necesidad de las mujeres encuestadas de evadir mirar la cicatriz durante la ducha o baño, donde destaca que el 68% de las mujeres no tienen dicha necesidad, es interesante mencionar que es el mismo porcentaje de mujeres que manifestaron no sentir la necesidad de evitar que alguien más vea su cicatriz.

En el cuadro 18 se describe el sentimiento de repugnancia hacia la cicatriz de las mujeres encuestadas, destacando que el 88% de ellas manifestaron que nunca o casi nunca presentan dicho sentimiento, lo cual explica que al no sentir repugnancia hacia su cicatriz, no sienten la necesidad de evitar verla o de que alguien más lo haga.

En el cuadro 19 se muestran los resultados obtenidos en cuanto a la satisfacción con el aspecto al estar desnuda de las mujeres encuestadas, donde el 52% de ellas consideran sentirse satisfechas con su aspecto al estar desnudas, esto se debe a que como se había mencionado, la mayoría de las mujeres no sienten rechazo hacia su cicatriz con la consiguiente ausencia de una de sus mamas, lo cual difiere con lo reportado en la literatura revisada, donde se manifiesta que el sentir vergüenza del cuerpo es uno de los principales problemas de imagen corporal de las mujeres mastectomizadas.

El cuadro 20 describe el sentimiento de las mujeres encuestadas sobre ser menos femeninas desde la operación, donde destaca de manera importante que el 64% de las mujeres expresaron que no sienten haber perdido su feminidad, lo cual contrasta con los reportes de la literatura revisada, donde se ha encontrado que el sentimiento de ser menos femenina es un aspecto concerniente a la imagen corporal que predomina en las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas.

En el cuadro 21 se observan los resultados en cuanto a la satisfacción de las mujeres encuestadas con su aspecto al estar vestidas, donde el 80% de las mujeres siempre o casi siempre se encuentran satisfechas al estar vestidas, no es de extrañar ya que se había mencionado anteriormente que las mujeres están satisfechas con su aspecto al estar desnudas, al portar ropa, aumenta su satisfacción debido a que se cubre la cicatriz y la ausencia de la mama mastectomizada puede ser disimulada con el uso de una prótesis.

El cuadro 22 describe la creencia de las mujeres encuestadas de que a los demás les gusta su aspecto físico, donde el 80% de las mujeres expresaron que siempre o casi siempre consideran que a los demás les gusta su aspecto físico, pues como se había mencionado, la mayoría de las mujeres manifestaron sentirse satisfechas con sus cuerpos.

El cuadro 23 muestra los resultados de la creencia de las mujeres encuestadas de que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales, donde el 48% de ellas sí lo considera una parte importante, esto explica que la mayoría de las mujeres hayan expresado sentir miedo o vergüenza ante una posible relación sexual, ya que como

reporta la literatura, la mama es un órgano estrechamente vinculado a la sexualidad y erotismo.

En el cuadro 24 se muestra si las mujeres encuestadas expresaron tener una percepción general negativa de sus cuerpos a partir de la mastectomía, donde el 60% de ellas manifestaron que no perciben de manera negativa su cuerpo a partir de la cirugía.

10. CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos en cuanto a las características sociodemográficas de las mujeres encuestadas se concluye que el cáncer de mama comienza a manifestarse en mujeres jóvenes, teniendo mayor incidencia en las mujeres a partir de los 50 años de edad. De la muestra estudiada, la mayoría de las mujeres tienen pareja, son casadas y viven con su compañero. La mayoría de las mujeres encuestadas son originarias del Distrito Federal y Estado de México. Destaca que de las 25 mujeres que conformaron la muestra, ninguna de ellas considera tener un nivel socioeconómico alto, ya que la mayoría expresaron poseer un nivel bajo, lo cual se asocia con el nivel de escolaridad de las mujeres, donde la mayoría cuentan solamente con educación básica, es importante mencionar que aunque son la minoría, una mujer cuenta con estudios de licenciatura y otra con estudios de doctorado. Del total de la muestra estudiada, la mayoría de las mujeres se dedican exclusivamente a las labores del hogar. La mama más afectada por el cáncer es la derecha y destaca que la mayoría de las mujeres manifestaron no padecer alguna otra enfermedad que pueda afectar su imagen corporal, donde la única mujer que manifestó si padecer artritis con afectación de la percepción de su imagen corporal por la evidente deformidad en las articulaciones.

Con relación a los objetivos específicos, se concluye que:

En referencia al grado de satisfacción con la apariencia vestida, tanto consigo misma como con los demás, la mayoría expresaron sentirse satisfechas con su

aspecto al portar ropa y así mismo, la mayoría consideran que a los demás les gusta su aspecto físico.

Respecto a la pérdida de la sensación de feminidad, destaca de manera particular que la mayoría de las mujeres encuestadas expresaron no sentirse menos femeninas después de la operación y manifestaron no sentir haber perdido parte del atractivo como mujer, a pesar de que estos problemas son identificados en la literatura como algunos de los principales causantes de insatisfacción en la percepción de la imagen corporal de mujeres mastectomizadas, las mujeres mexicanas no presentan problemas en relación a la sensación de pérdida de la feminidad.

En cuanto al grado de satisfacción con la apariencia desnuda, tanto consigo misma como con los demás, la mayoría de las mujeres no consideran necesario evitar mirar su cicatriz mientras toman una ducha o un baño, además, tampoco evitan que alguien más vea su cicatriz, en cuanto a la satisfacción con su cuerpo al estar desnudas, casi la mitad de las mujeres encuestadas manifestaron estar satisfechas con su cuerpo, lo cual es relevante, pues se demostró que las mujeres mexicanas en su mayoría no sienten vergüenza de su cuerpo a diferencia de lo reportado en otras investigaciones revisadas.

Concerniente a los sentimientos acerca del atractivo sexual, la mayoría de las mujeres expresaron no sentirse menos atractivas sexualmente desde la operación, sin embargo, casi la mitad de estas mujeres consideran que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales y son éstas mujeres quienes experimentan un sentimiento de miedo o vergüenza ante una posible relación sexual.

Acerca de los sentimientos de pérdida de la integridad corporal, la mayoría de las mujeres encuestadas manifestaron sentirse deformadas o mutiladas, a pesar de que en relación al grado de satisfacción con la cicatriz, la gran mayoría de las mujeres expresaron no tener sentimiento de repugnancia hacia la cicatriz.

La mayoría de las mujeres encuestadas manifestaron que no tienen una percepción general negativa de sus cuerpos a partir de la operación.

En este estudio se demostró que las mujeres mexicanas con mastectomía por cáncer de mama, en su mayoría, tienen una percepción sobre su imagen corporal positiva, lo cual difiere de la literatura, ya que reportan que la mayoría de las mujeres estudiadas, si tienen una percepción negativa de su imagen corporal.

Aunque se sugiere realizar otros estudios similares con muestras más grandes, a partir de los resultados obtenidos en esta investigación, donde se identificaron los aspectos concernientes a la imagen corporal que se ven afectados en las mujeres mexicanas mastectomizadas por cáncer de mama, se pueden planear intervenciones de Enfermería ya sean individuales o grupales, que coadyuven al proceso de adaptación de la mujer con el fin de eliminar, modificar o disminuir las alteraciones de la imagen corporal que se encuentran en ellas.

11. BIBLIOGRAFÍA

ALONSO A. Sexualidad y enfermedades crónicas. Rev Int Androl, 2007; 5 (1): 22 – 28.

Disponible en: http://www.asesa.org/revista/PDF/2007-1_Revisiones%202.pdf

Fecha de acceso: 7 diciembre 2009

BAÑUELOS P, Bañuelos Y, Esquivel M, Moreno V. Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, 2007; 15 (3): 129-134.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073c.pdf>

Fecha de acceso: 24 septiembre 2009

BRANDAN ME, Villaseñor Y. Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. Cancerología, 2006; 1: 147 – 162.

Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172289111.pdf>

Fecha de acceso: 29 diciembre 2009

CASTRO JM, Vizcaíno CV, Balderas LMA, Morgan G. Experiencia en el manejo del cáncer de mama en el Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Gaceta Mexicana de Oncología, 2006; 5 (5): 143 – 147.

Disponible en: http://www.smeo.org.mx/gaceta/2006/GAMO_V5_5_septiembre-octubre_2006.pdf#page=7

Fecha de acceso: 13 diciembre 2009

CISNEROS F. Introducción a los modelos y teorías de Enfermería. Universidad del CAUCA. Programa de Enfermería. 2002; 1-16

Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/-pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

Fecha de acceso: 12 diciembre 2009

FERNÁNDEZ AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 2004; 1 (2-3): 169-180.

Disponible en: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0404120169A.PDF>

Fecha de acceso: 24 septiembre 2009

FOBAIR P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho – Oncology*, 2006; 15: 579 – 594.

Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112139159/PDFSTAR>
T

Fecha de acceso: 20 junio 2010

GRIFFIN JL, Pearlman MD. Detección de cáncer de mama en mujeres con riesgo promedio y alto. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2010; 116: 1410-1421.

Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Dec2010_GriffinCES_Translation.pdf

Fecha de acceso: 12 agosto 2010

HARTMANN LC, Loprinzi CL. Clínica Mayo. Guías del cáncer en la mujer. 1º.ed. Rochester(Minnesota): Editorial Intersistemas; 2005

IBÁÑEZ G, Calderón ME, Márquez D. Cáncer de mama en hombres: Situación actual a nivel mundial y nacional. *Rev. Chilena de Cirugía*, 2011; 63 (1): 95-101

Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v63n1/art18.pdf>

Fecha de acceso: 14 febrero 2011

KNAUL FM, Arreola H, Velázquez E, Dorantes J, Méndez O, Ávila L. El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 2009; 51 (2): S286-S295.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51s2/v51s2a19.pdf>

Fecha de acceso: 11 diciembre 2009

KNAUL FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. Salud Pública de México, 2009; 51 (2): S335-S334.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51s2/v51s2a26.pdf>

Fecha de acceso: 11 diciembre 2009

LOZANO R, Gómez H, Lewis S, Torres L, López L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Salud Pública de México, 2009; 51 (2): S147-S156.

Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a04.pdf>

Fecha de acceso: 11 diciembre 2009

LUNA I. Imagen corporal y envejecimiento. Avances en Psiquiatría Biológica. 2008; 9: 57-73.

Disponible en: http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol9/3_imagen_corporal.pdf

Fecha de acceso: 25 septiembre 2009

MANOS D, Sebastián J, Bueno MJ, Mateos N, De la Torre A. Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. Psicooncología, 2005; 2 (1):103-116.

Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0505120103A.PDF>

Fecha de acceso: 20 septiembre 2009

MARTÍNEZ M, Flores CB, Rivera S, Cruz I. Hormonoterapia en cáncer de mama metastásico. Ginecología y Obstetricia de México, 2009; 77 (10): 482-486.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2009/gom0910e.pdf>

Fecha de acceso: 15 febrero 2010

MARTÍNEZ M, Flores CB, Sánchez C, Sánchez E. Seguimiento en pacientes con cáncer de mama después del tratamiento multimodal. Ginecología y Obstetricia de México, 2008; 76 (2): 107-112

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom082f.pdf>

Fecha de acceso: 10 enero 2010

MOHAR A, Bargalló E, Ramírez MT, Lara F, Beltrán A. Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. Salud Pública de México, 2009; 51 (2): S263-S269.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51s2/v51s2a17.pdf>

Fecha de acceso: 10 diciembre 2009

OIZ B. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. An. Sist. Sanit. Navar, 2005; 28 (2):19-26.

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v28s2/original2.pdf>

Fecha de acceso: 29 septiembre 2009

OLIVARES ME. Cirugía mamaria: Aspectos psicológicos. Psicooncología, 2007; 4 (2-3): 447-464.

Disponible en: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0707220447A.PDF>

Fecha de acceso: 3 octubre 2009

ORTÍZ CM, Galván EA. Factores de riesgo reproductivo para cáncer de mama en pacientes atendidas en un hospital urbano de segundo nivel. Ginecología y Obstetricia de México, 2007; 75: 11-16

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom071c.pdf>

Fecha de acceso: 20 junio 2010

ORTÍZ SP, Torres G, Mainero F, Ángeles A, López AE, Lazcano E, et al. Actividad física y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. Salud Pública de México, 2008; 50 (2): 126 – 135.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n2/06.pdf>

Fecha de acceso: 6 junio 2010

PALACIO LN, Lazcano E, Allen B, Hernández M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Pública de México*, 2009; 51 (2): S208-S219.

Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Fecha de acceso: 10 diciembre 2009

PÉREZ SE, Tapia H, Sandoval L. La Teoría de Enfermería. Dimensiones, conceptos y aplicaciones prácticas. Modelo de Adaptación de Callista Roy. Aplicación práctica en la investigación (UNAM.NEEGPSP.SDEI.PTID.05.3)(libro multimedia). México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2010.

POLLÁN M, García J, Pérez B, Aragonés N, Lope V, Pastor R, et al. Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. *Psicooncología*, 2007; 4(2-3): 231-248.

Disponible en: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0707220231A.PDF>

Fecha de acceso: 10 diciembre 2009

RAICH RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2004; 22: 15-27.

Disponible en: http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol22/01_Perspectiva_aplVol22.pdf

Fecha de acceso: 21 septiembre 2009

REGUEIRA FM, Rodríguez N, García M, Zornoza G. Novedades en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. *Rev. Med. Univ. Navarra*, 2008; 52 (1): 51-55

Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2788731>

Fecha de acceso: 13 febrero 2010

RODRÍGUEZ Y, Rosselló J. Reconstruyendo un cuerpo: Implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas. Revista Puertorriqueña de Psicología, 2007; 18:118-145.

Disponible en: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/reps/v18/v18a08.pdf>

Fecha de acceso: 20 septiembre 2009

ROMÁN JM. La cirugía en el cáncer de mama. Psicooncología, 2007; 4 (2-3): 301-310

Disponible en: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0707220301A.PDF>

Fecha de acceso: 13 febrero 2010

ROMERO MS, Santillán L, Olvera PC, Morales MA, Ramírez VL. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. Ginecología y Obstetricia de México, 2008; 76 (11): 667 – 672.

Disponible en: <http://nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/noviembre2088/GinecO76-11-667-72.pdf>

Fecha de acceso: 6 junio 2010

SALABERRIA K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. Osasunaz, 2007; 8: 171-183.

Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>

Fecha de acceso: 22 septiembre 2009

SÁNCHEZ R, Schneider E, Martínez G, Fonfach C. Cáncer de mama. Modalidades terapéuticas y marcadores tumorales. Cuad. Cir, 2008; 22: 55-63.

Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art09.pdf>

Fecha de acceso: 14 diciembre 2009

SEBASTIÁN J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Clínica y Salud, 2007; 18 (2): 137-161.

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a02.pdf>

Fecha de acceso: 25 septiembre 2009

SECRETARIA DE SALUD. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>

Fecha de acceso: 27 diciembre 2009

SHYYAN R, Masood S, Badwe RA, Errico K, Liberman L, Ozmen V, et al. El cáncer de mama en los países con recursos limitados: Diagnóstico y anatomía patológica. *The Breast Journal*, 2007; 13 (1): S30-S42

Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-bc-bhgi-normas-int-3.pdf>

Fecha de acceso: 14 enero 2010

SOLANA CA. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 2005; 28 (3): 157 – 163.

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/09.pdf>

Fecha de acceso: 14 diciembre 2009

SUÁREZ DM. Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba, 2004; 1: 1 – 11.

Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-98-mastectomia-afrontamientos-y-autopercepcion-corporal.pdf>

Fecha de acceso: 3 diciembre 2009

TORRES L, Galván M, Lewis S, Gómez H, López L. Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. *Salud Pública de México*, 2009; 51 (2): 181 – 190.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51s2/v51s2a08.pdf>

Fecha de acceso: 6 junio 2010

12. ANEXOS

CARTA DE INFORMACIÓN A LA PACIENTE

Título de la investigación: **Imagen corporal en un grupo de mujeres con cáncer de mama**

Nombre del investigador principal: Michelle Eisenring Marín

Teléfono: 56 55 13 42 ext. 294 Celular: 044 55 14 85 05 15

Le invitamos a participar en una investigación.

Estamos buscando conocer de qué manera la enfermedad y el tratamiento ha impactado su vida personal. Por lo que estamos trabajando con mujeres que como usted, han sido diagnosticadas con cáncer de mama en este hospital.

¿En qué consiste la entrevista?

Si usted acepta, realizaremos algunas preguntas sobre la forma en que ha impactado en su persona e imagen corporal el tratamiento quirúrgico (mastectomía) que ha recibido.

La entrevista durará aproximadamente 10 minutos, se llevará a cabo aquí mismo en el horario habitual de sus consultas.

Su participación es **voluntaria**, es decir, usted puede o no aceptar. Si usted no acepta, esto no influirá de ninguna manera sobre la atención que está recibiendo.

¿Qué beneficios tendré por participar?

El principal beneficio será para otras mujeres en el futuro que, como usted, busquen atención médica, de enfermería y apoyo por parte de su familia para enfrentar los cambios que origina la enfermedad.

¿Existe algún riesgo por participar en este estudio?

No. La entrevista ha sido cuidadosamente elaborada para evitarle preguntas que pudieran causarle algún malestar. Sin embargo, usted puede no contestar las preguntas que le molesten y podemos terminar la entrevista en el momento en que usted quiera.

¿Quién verá los resultados?

Nada de lo que usted me diga va a quedar en su expediente, no lo sabrán sus médicos, ni trabajo social, ni **NADIE** de este hospital excepto nosotros como investigadores. La información obtenida de todas las entrevistas podrá ser presentada ante otros profesionales o publicada en material científico, pero **SU NOMBRE NO SERÁ REVELADO NUNCA**.

PREGUNTAS

¿Quiere hacerme alguna pregunta?

Todas las dudas que tenga durante o después de la entrevista, las podrá aclarar con la investigadora.

Este estudio me fue ampliamente explicado por la investigadora y se me contestaron todas mis preguntas: Estoy de acuerdo en responder a esta entrevista que será usada para fines de investigación. Entiendo que mi nombre no se dará a conocer y que todo lo que diga será confidencial.

Nombre de la participante

Fecha

Firma

Nombre del testigo

Fecha

Firma



INSTRUCCIONES

Este cuestionario forma parte de un estudio que realiza la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia con sede en el Instituto Nacional de Cancerología, cuya intención es obtener mayor información con respecto a la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama.

Para que éste estudio resulte provechoso, es muy importante que responda todas las preguntas con mucha atención, así como con la mayor sinceridad posible. La información que se brinde a través de este cuestionario, es completamente confidencial y de uso exclusivo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Marque con una X la respuesta a las siguientes preguntas.

<p>1.- ¿Qué edad tiene? _____</p> <p>2.- Estado civil Soltera ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Casada ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Divorciada ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Viuda ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Separada ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Unión Libre ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Otro</p> <p>(especifique)_____</p> <p>3.- ¿Actualmente tiene pareja? Si () No ()</p> <p>4.- ¿Vive con su pareja? Si () No ()</p> <p>5.- Lugar de nacimiento: _____</p> <p>6.- ¿Cómo considera su nivel socioeconómico?</p> <p style="padding-left: 100px;">Muy Bajo ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Bajo ()</p>	<p>7.- Escolaridad Primaria ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Secundaria ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Bachillerato ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Carrera técnica ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Licenciatura ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Otra ()</p> <p>8.- Ocupación Trabaja ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Ama de casa ()</p> <p style="padding-left: 100px;">Ambas ()</p> <p>9.- ¿En cuál mama le realizaron la cirugía?</p> <p>Izquierda () Derecha () Ambas ()</p> <p>10.- ¿Padece otra enfermedad además del cáncer, que considere afecta su imagen corporal?</p>
---	--

Medio ()	Si ()	No ()
Alto ()	¿Cuál? _____	

Lea con atención cada uno de los siguientes enunciados y marque con una X la opción que describa mejor su situación. Marque solo una opción por cada enunciado con la mayor sinceridad posible.

	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
11.- Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente.				
12.- Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer.				
13.- Me siento algo deformada o mutilada.				
14.- Evito que los demás me vean la cicatriz.				
15.- Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual.				
16.- Cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz.				
17.- Me repugna la cicatriz.				
18.- Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy desnuda.				
19.- Me siento menos femenina después de la operación.				
20.- Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida.				
21.- Creo que a los demás les gusta mi aspecto.				
22.- Creo que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales.				
23.- A partir de la mastectomía, tengo una percepción general negativa de mi cuerpo.				

LE AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN

¡MUCHAS GRACIAS!