



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**“IMAGEN CORPORAL, AUTOCONCEPTO E
INTIMIDAD SEXUAL EN MUJERES
MASTECTOMIZADAS”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MÓNICA ABIGAIL AQUINO SÁNCHEZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

CODIRECTOR DE TESIS:

DR. DAVID JIMÉNEZ RODRÍGUEZ



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Área Académica de Psicología
Department of Psychology

18 de octubre de 2021
Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of academic psychology area

Manifiesto a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante **Monica Abigail Aquino Sánchez**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: **"Imagen Corporal, Autoconcepto e Intimidad Sexual en mujeres mastectomizadas"** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

| Nombres de los Docentes Jurados | Cargo | Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal |
|--------------------------------------|---------------|--|
| Dra. Norma Angélica Ortega Andrade | Presidente | |
| Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz | Primer Vocal | |
| Dr. David Jiménez Rodríguez | Segundo Vocal | |
| Dra. Lilián E. Bosques Brugada | Tercer Vocal | |
| Dr. Rubén García Cruz | Secretario | |
| Dr. Abel Lerma Talamantes | Suplente | |
| Mtro. José Ángel Castillo Martínez | Suplente | |



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan. San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00
Ext. 4325, 4313, 4326
psicologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Dedico esta tesis:

A las dos mujeres más importantes de mi vida: mi mamá Esperanza y mi hermana Cassandra,
quienes han hecho de pilares en mis mejores y peores momentos.

A Dios, a Tláloc y al universo, por ser mis guías y acompañarme desde lo espiritual cada día.

A mi abuelita Mónica y abutita Enriqueta, quienes desde el cielo miran mis logros.

Y a todas las mujeres que han vencido o perdido ante el cáncer de mama.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios, a Tláloc y al universo por darme fuerzas para continuar y llenarme de bendiciones.

A mi mamá Esperanza, quien con su infinita paciencia, amor y cariño me ha guiado para ser la mujer que soy hoy en día. Gracias por ser mi mamá, por ser la mujer más valiente y sacarnos adelante, por abrazarme cada vez que sentía que ya no podía, por darme palabras de aliento y por darme tu infinito amor.

A mi hermana Cassandra, sin cuyas locuras, apoyo y amor no habría podido continuar. Gracias, mi pequeña, por cada momento vivido desde que éramos niñas hasta ahora y los que seguiré viviendo a tu lado en un futuro. Te amo.

A mis compañeros y amigos Dante, Pablo, Magaly, Jennifer, Sandra, Berenice y Mariana A., por iniciar este viaje conmigo y permitirme culminar mis estudios con este proyecto.

A mi directora de tesis, la Dra. Andrómeda, quien, a pesar de su trabajo y ocupación, dedico tiempo en guiarme, apoyarme y orientarme en el desarrollo de la presente investigación, así como agradezco a mi subdirector de tesis, el Dr. David, pues sin su apoyo no podría haber culminado este proyecto

A mis amigos Estela, Guadalupe, Indira, Roberts, Elvia, Raúl, Liz, Mariana R., Julissa, Mariangel, Ana y Amir, por creer en mí y apoyarme, pero en especial a Samanta, Violeta, Arturo, Daniel, Maricruz, Blanca, Miriam y Berenice, quienes me han impulsado a continuar y me han demostrado que a veces las mejores personas llegan en los momentos menos inesperados. Gracias por entrar en mi vida de la forma más maravillosa, ayudarme en mis peores y mejores días; gracias por creer en mí. Los amo.

A Dulce, de quien su pequeño empujón me llevó a tomar la decisión que cambiaría mi vida y me dirigió hacia mi finalización académica.

Al podcast “Leyendas Legendarias”, por acompañarme en las madrugadas, llenarme de conocimiento sobre fenómenos paranormales y eventos históricos que se ganaron el título que da nombre al podcast; de igual manera agradezco a “La Cotorisa”, por llenarme mis madrugadas de risa y diversión con las anécdotas más interesantes que he escuchado en la vida.

A Adriana, quien me ayudó con la culminación de esta tesis.

A mi familia materna, quienes han creído en mí.

A las y los profesores de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, quienes me acompañaron en mi formación académica y me dieron las bases para mi formación profesional.

A las mujeres mastectomizadas, quienes sin su ayuda esto no sería posible. Gracias.

Índice de Contenido

| | |
|--|-----------|
| Resumen..... | 9 |
| Abstract..... | 10 |
| Capítulo I: Psicología de la Salud y Enfermedades Crónico Degenerativas | 11 |
| 1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud | 11 |
| 1.2 Definición de la Psicología de la Salud..... | 12 |
| 1.3 El psicólogo de la salud | 12 |
| 1.4 Epigenética conductual | 13 |
| 1.5 Enfermedades crónico degenerativas..... | 14 |
| 1.6 El papel del psicólogo de la salud en la intervención de las personas con cáncer | 15 |
| Capítulo II: Cáncer de mama..... | 17 |
| 2.1 Epidemiología | 17 |
| 2.2 Definición de cáncer de mama | 18 |
| 2.3 Diagnóstico de cáncer de mama | 18 |
| 2.4 Causas y Consecuencias..... | 19 |
| 2.6 Formas de tratamiento..... | 22 |
| 2.7 Mastectomía y sus efectos psicosociales..... | 23 |
| Capítulo III: Imagen corporal, Autoconcepto e Intimidad sexual en mujeres mastectomizadas | 28 |
| 3.1 Imagen corporal..... | 28 |
| 3.1.1. <i>Definición y características</i> | 28 |
| 3.1.2 <i>Modelo explicativo cognitivo-conductual e imagen corporal</i> | 30 |
| 3.2 Autoconcepto..... | 31 |
| 3.2.1. <i>Definición y Características</i> | 31 |
| 3.2.2 <i>Modelo explicativo jerárquico y autoconcepto</i> | 33 |
| 3.2.3 <i>Autoconcepto y autoestima</i> | 35 |
| 3.1 Intimidad sexual | 35 |

| | |
|--|----|
| 3.3.1. <i>Definición y Características</i> | 35 |
| 3.3.3 <i>Modelo explicativo cognitivo-conductual e intimidad sexual en mujeres mastectomizadas</i> | 37 |
| Método | 40 |
| 4.1 Justificación del estudio | 40 |
| 4.2 Pregunta de investigación..... | 41 |
| 4.3 Objetivo..... | 41 |
| 4.4 Hipótesis..... | 42 |
| 4.5 Variables de estudio..... | 42 |
| 4.6 Tipo de estudio | 43 |
| 4.7 Alcances y diseño de la investigación..... | 43 |
| 4.8 Contexto de la investigación y Escenario..... | 43 |
| 4.9 Participantes | 44 |
| 4.10 Instrumentos de evaluación | 45 |
| 4.11 Procedimiento..... | 48 |
| 4.12 Consideraciones éticas | 49 |
| 4.13 Análisis estadístico propuesto | 49 |
| Resultados | 50 |
| Discusión | 65 |
| Conclusión | 69 |
| Referencias | 70 |
| Anexos | 79 |

Índice de figuras

| | |
|---------------|----|
| Figura 1..... | 50 |
| Figura 2..... | 51 |
| Figura 3..... | 51 |
| Figura 4..... | 52 |

Índice de tablas

| | |
|----------------|----|
| Tabla 1 | 53 |
| Tabla 2 | 53 |
| Tabla 3 | 54 |
| Tabla 4 | 54 |
| Tabla 5 | 55 |
| Tabla 6 | 55 |
| Tabla 7 | 56 |
| Tabla 8 | 56 |
| Tabla 9 | 56 |
| Tabla 10 | 57 |
| Tabla 11 | 58 |
| Tabla 12 | 59 |
| Tabla 13 | 59 |
| Tabla 14 | 60 |
| Tabla 15 | 60 |
| Tabla 16 | 61 |
| Tabla 17 | 61 |
| Tabla 18 | 62 |
| Tabla 19 | 63 |

| | |
|----------------|----|
| Tabla 20 | 63 |
| Tabla 21 | 64 |

Resumen

El cáncer de mama es uno de los tipos de cáncer con mayor mortalidad a nivel mundial; posee mayor presencia en mujeres, es una enfermedad crónica degenerativa y se detecta debido al surgimiento de diferentes síntomas o mediante pruebas con ese fin. Uno de sus tratamientos es la mastectomía, que consiste en la extirpación quirúrgica total del seno y en la cual las mujeres son expuestas a un cambio radical en su estilo de vida, que implica desde aspectos médicos hasta sociales.

La imagen corporal es un constructo social, pues se refiere a la percepción, pensamientos y sentimientos que una persona tiene en relación con su cuerpo, la cual se va adquiriendo mediante las relaciones sociales; esta imagen afecta a las mujeres que pasan por el proceso de mastectomización en su sexualidad, valoración, pérdida del sentido de la feminidad, entre otras cosas. El autoconcepto es una estructura mental que es psicosocial debido a que se va construyendo mediante experiencias de uno mismo, así como la relación con el contexto; por lo tanto, la mastectomía repercute a nivel psicosocial. La intimidad sexual después de una enfermedad debe tomar en consideración las necesidades y sentimientos de cada participante. Las mujeres mastectomizadas suelen cubrir su cuerpo durante el contacto corporal.

Este estudio tiene como objetivo investigar una correlación entre imagen corporal, autoconcepto e intimidad sexual en mujeres mastectomizadas. Para ello se aplicaron tres pruebas: Escala de Imagen Corporal de Hopwood, Inventario de Autoestima de Coopersmith y Escala de Intimidad Sexual en Parejas. El estudio fue descriptivo y correlacional, se les aplicaron las pruebas a 14 mujeres mastectomizadas de edades entre 31 y 62 años. Se concluye que las variables tienen relación entre ellas, por lo cual si la autoestima se ve afectada, de igual manera lo estará la intimidad sexual y, a su vez, la imagen corporal. Se considera importante diseñar programas de corte psicológico, multidisciplinario y transdisciplinario que se orienten a los diferentes niveles del proceso tras una mastectomía.

Palabras clave: mujeres mastectomizadas, imagen corporal, autoconcepto, intimidad sexual

Abstract

Breast cancer is one of the types of cancer with highest mortality worldwide; it has greater presence in women, it is a chronic degenerative disease and its detection is due to the emergence of different symptoms or made through tests with that purpose. One of its treatments is mastectomy, in which total surgical removal of the breast is performed and where women are exposed to a radical change in their lifestyle, implying aspects from medical to social terms.

Body image is a social construct, as it refers to the perception, thoughts and feelings that a person has in relation to their body, which is acquired through social relationships; this body image affects women who go through the process of mastectomization in their sexuality, appreciation, loss of sense of femininity, among other things. Self-concept is a mental structure that is psychosocial because it is built through experiences of oneself, as well as the relationship with the context; therefore, mastectomy has repercussions at a psychosocial level. Sexual intimacy after a disease should take into consideration the needs and feelings of each participant. Mastectomized women usually cover their body during body contact.

This research aims to investigate a correlation between body image, self-concept and sexual intimacy in mastectomized women. Three tests were applied for this purpose: Hopwood Body Image Scale, Coopersmith Self-Esteem Inventory and Couples Sexual Intimacy Scale. The study was descriptive and correlational; the tests were applied to 14 mastectomized women aged 31 to 62 years. It is concluded that the variables are related to each other, therefore, if self-esteem is affected so will sexual intimacy and body image be. It is considered important to design psychological, multidisciplinary and transdisciplinary programs oriented to the different levels of the process after a mastectomy.

Keywords: mastectomized women, body image, self-concept, sexual intimacy.

Capítulo I: Psicología de la Salud y Enfermedades Crónico Degenerativas

1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud

A mediados del siglo XX, los profesionales de la salud se interesan por una aproximación teórica más dinámica y comprensiva que el modelo médico tradicional, a partir de algunos factores como prevalencia de enfermedades crónicas, costo elevado de los cuidados de la salud y mayor énfasis en la calidad de vida (Soto, 2018). Por lo cual Engel (1977; como se cita en Oblitas, 2008) planteó un modelo alternativo al biomédico, el modelo biopsicosocial, en el cual hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento:

El modelo médico debe tener en cuenta el paciente, el contexto social en el que vive, el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud. (p.130)

Basado en el nuevo enfoque se cuestiona el papel pasivo y receptor de la persona enferma, tanto en lo que concierne a su padecimiento como en su tratamiento, por lo cual el modelo biopsicosocial contempla que existen múltiples factores que inciden en el estado de salud, en su deterioro y su recuperación, de modo que no debe de esperarse a que la persona enferme para atenderlo, ya que se pueden generar acciones de prevención (Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017).

En 1978, la American Psychological Association (APA) creó su 38° División en donde pertenece a la Psicología de la Salud, siendo Joseph D. Matarazzo el presidente de dicha división (Figueroba, 2017). De acuerdo a los estatutos adoptados por los miembros fundadores, los propósitos de la 38° División son:

- Los avances contribuidos por la psicología como una ciencia para el entendimiento de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica fomentando la integración de la información biomédica sobre la salud y la enfermedad con conocimientos psicológicos actuales.
- Promover la educación y los servicios de la psicología de la salud y enfermedad.
- Informar a la comunidad psicológica y biomédica, y al público en general, los resultados de las investigaciones y servicios actuales en esta área (Wallston, 1997).

La División publica mensualmente la revista *Health Psychology* y el boletín trimestral *The Health Psychologist*. La 38° División ofrece una lista de capacitaciones en Psicología de la Salud y presenta un premio anual para trabajo de estudiantes (American Psychological Association, 2020).

1.2 Definición de la Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población (Martín, 2003). Por lo tanto, de acuerdo a Oblitas (2006; como se cita en Oblitas, 2008) podemos definirla como:

La disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos pueden tener lugar.

La 38° División de la APA plantea que la Psicología de la Salud tiene como objetivos comprender y evaluar el estado de bienestar físico y de los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales involucrados en el proceso de salud-enfermedad (Gómez, 2007; como se cita en Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017).

1.3 El psicólogo de la salud

Buela-Casal (1999; como se cita en Sebastiani et al., 2002) afirma que el psicólogo de la salud es un profesional que puede trabajar en ámbitos tan diversos como el tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, o incluso en la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención de trastornos orgánicos y psicológicos, y por consecuencia en la promoción de conductas saludables.

De acuerdo con Olvera y Soria (2008) los psicólogos de la salud son profesionales capaces de lograr:

1. La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.

2. El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando las cuestiones ambientales.
3. La investigación, la comprensión y la intervención de factores que peritan una buena calidad de vida en personas portadoras de enfermedades crónicas.
4. La necesidad de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública.
5. La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

De acuerdo con Francia (2020) uno de los mayores desafíos para la psicología es integrar los resultados de la genética y los factores ambientales (sociales, biológicos, químicos), incluyendo la calidad de los apegos niño-madre, la personalidad y la comprensión de la salud mental. Así es como la epigenética en la psicología proporciona un mapa para advertir sobre los genes que son afectados por la experiencia y el contexto, para crear diferencias individuales del comportamiento, cognición, personalidad y salud mental.

1.4 Epigenética conductual

1.4.1 Definición de Epigenética

La epigenética fue propuesta por Conrad Waddington en 1939, definiéndola como estudio de los acontecimientos que llevan al desenvolvimiento del esquema genético del desarrollo o el complejo proceso del desarrollo del esquema que media entre genotipo y fenotipo (como se cita en Camargo y López, 2020). De acuerdo con Feinberg (2008; como se cita en Abanto-Reyes et al., 2021) la epigenética es el estudio de la herencia que no se relaciona el ADN; se encuentra en el foco de la medicina actual porque puede ayudar a revelar la relación entre el fondo genético de un individuo, el medio ambiente, el envejecimiento y enfermedad.

Holliday propuso en 1987 (como se cita en Bedregal et al., 2010), por primera vez el rol de la epigenética en la herencia de enfermedades, donde distinguió funciones de los genes en dos niveles: el primero, en la transmisión del material genético de generación en generación, lo que sería el campo de la genética; el segundo, como funciona durante el desarrollo de un organismo desde la fertilización del óvulo hasta el adulto, lo que sería el campo de la epigenética. La posibilidad de que caracteres adquiridos puedan transmitirse a la descendencia tiene una

importancia de consecuencias que son difíciles de prever tanto en la herencia de enfermedades y de patrones de comportamiento como en la comprensión de la evolución.

Casavilca-Zambrano et al. (2019) llegaron a la conclusión de las modificaciones epigenéticas pueden estar moduladas por varios factores como lo son: las condiciones fisiológicas, patológicas o ambientales. Para entender el impacto del ambiente es necesario considerar dos escenarios: el desarrollo embrionario y la vida adulta; los cambios epigenéticos que ocurran durante el desarrollo embrionario tendrán un impacto mucho mayor en el estado epigenético global del organismo en la vida adulta. Los factores ambientales pueden afectar el estado epigenético durante la vida adulta pueden dividirse en cuatro grupos: dieta, lugar de residencia y lugar de trabajo, tratamientos farmacológicos y hábitos no saludables.

1.5 Enfermedades crónico degenerativas

La Organización Mundial de la Salud (2017) define a las enfermedades crónicas como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades degenerativas pueden ser congénitas o hereditarias (Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Michoacán, 2015).

Para Varela y Alonso (2003; como se cita en González y Reyes, 2012), las enfermedades crónicas o incapacitantes se adquieren por medio de estilos de vida inapropiados. Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónica se ven afectados aspectos físicos, psicológicos, familiares, laborales y sociales, dicha afectación será desigual dependiendo de la naturaleza del trastorno y de la gravedad de éste (Olvera y Soria, 2008).

Por ello González y Reyes (2012) mencionan las características de las enfermedades crónico degenerativas, que son:

- Comúnmente toman un período de semanas, meses o años para que se desarrollen.
- Ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos e interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima y pueden afectar a diversos órganos o tejidos.
- Algunas enfermedades crónico degenerativas pueden prevenirse; es posible minimizar los efectos de alguna de ellas.
- La mayor parte de estas dolencias son aún de causa desconocida y no existe cura para ellas.

- Los tratamientos que existen tienden ser paliativos, es decir, enfocados a atenuar los efectos que producen las enfermedades crónico degenerativas y a tratar de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Estas enfermedades están asociadas a los estilos de vida, ya que las prácticas diarias, los hábitos y horarios de comida, bañarse, hacer ejercicio, pueden evitar o generar las enfermedades crónicas degenerativas. La familia es el primer lugar en donde se desarrollan dichos estilos, sin embargo, cuando se ha diagnosticado una enfermedad de este tipo, también es la familia el principal vínculo que tiene el paciente para modificar, mantener o eliminar prácticas y costumbres dañinas o establecer nuevas (González y Reyes, 2012).

De acuerdo con Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019) durante 2018, el 639,862 defunciones se debieron a enfermedades y problemas de la salud, donde las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son: enfermedades del corazón (149,368), diabetes mellitus (101,257) y tumores malignos (85,754).

1.6 El papel del psicólogo de la salud en la intervención de las personas con cáncer

Las principales áreas de aplicación de la Psicología de la Salud están en el tratamiento. Respecto al papel del psicólogo de la salud en una enfermedad tan común como el cáncer, Oblitas (2008), menciona a la psicooncología como aquella subespecialidad de la oncología que sigue diversos objetivos fundamentales:

- a) *La prevención primaria:* en esta se detectan los factores psicosociales que influyen en el origen del cáncer y se interviene en ellos.
- b) *La prevención secundaria:* se detectan e intervienen los factores psicológicos más importantes que pueden facilitar la detección oportuna del cáncer
- c) *La intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos:* se interviene en la respuesta emocional de los pacientes, familiares y todas aquellas personas encargadas del cuidado del paciente en las diferentes fases de la enfermedad con el objetivo de mejorar o restablecer la calidad de vida que está siendo afectada directamente por la enfermedad o por su tratamiento.
- d) *La investigación:* los estudios en psicooncología son de gran importancia para avanzar en el desarrollo de aparatos de evaluación e intervención más eficientes. La terapia psicológica

ha demostrado su eficacia en el mejoramiento de la adaptación a nuevas situaciones, reduciendo un desgaste psicológico al facilitar el paso por la enfermedad, y contribuyendo a una mayor recuperación a nivel físico, psicológico y social.

Capítulo II: Cáncer de mama

2.1 Epidemiología

El cáncer de mama es una problemática de salud cada vez más importante por el ascenso en incidencia y mortalidad, determinadas por el envejecimiento de la población, la falta de programas de detección oportuna y el aumento en los factores de riesgo. Una de las mayores deficiencias detectadas en las instituciones de salud ha sido el diagnóstico tardío relacionado con la ausencia de servicios especializados y dedicados a la evaluación diagnóstica. Sin servicios eficientes, las acciones de detección por datos clínicos o mastografías no tendrán efecto en la reducción de la mortalidad (Cárdenas-Sánchez et al., 2019). Según la Organización Mundial de la Salud (2018), el cáncer de mama es uno de los cinco tipos de cáncer con mayor número de fallecimientos a nivel mundial; se le atribuyen más de 500,000 defunciones al año. Esta enfermedad no hace distinción entre la población, ya que puede presentarse en países desarrollados y en vías de desarrollo, sin embargo, tiene mayor presencia en las mujeres. La probabilidad de enfermar es mayor en mujeres que habitan en los países con nivel socioeconómico alto, no obstante, el riesgo de morir es superior en mujeres que residen en países de bajos ingresos debido a que el diagnóstico se hace en fases avanzadas de la enfermedad, pues existe un menor acceso a los servicios de salud y falta de cultura de sensibilización por la detección precoz (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2012) en las Américas el cáncer de mama también es el tipo más frecuente de cáncer en mujeres, así como una de las principales causas de muerte por esta clase de enfermedades. A pesar de los grandes avances en las últimas décadas en cuanto a diagnóstico temprano y tratamiento, se registran 92,000 mujeres que fallecen cada año a causa de esta enfermedad. De continuar con estas tendencias, en el 2030 los casos de tal afección, aumentarán en las Américas hasta 595,900 y las muertes se incrementarán hasta 142,100.

A pesar de que México se encuentra en un nivel intermedio, durante el 2013 el cáncer de mama ha sido la causa principal de morbilidad hospitalaria a causa de tumores malignos para la población de 20 años y más, 3 de cada 10 mujeres han sido hospitalizadas por esta causa (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015).

2.2 Definición de cáncer de mama

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativo y que normalmente tiene un desarrollo lento pero que biológicamente se manifiesta a través de alteraciones genéticas diversas que implican la pérdida de genes encargados de detener el crecimiento de la activación de oncogenes (Lazcano-Ponce y Hernández-Ávila, 1997).

El crecimiento descontrolado del tejido anormal de las células es capaz de formar un bulto al que se le denomina tumor, estos pueden ser benignos o malignos, el primero está constituido de células con aspecto normal, que no tiene la capacidad de afectar otros tejidos del cuerpo, en cambio los tumores malignos son aquellos formados por células anormales que logran llegar a otros tejidos y esparcirse a otras partes del cuerpo (Martínez-Basurto et al., 2014).

De acuerdo con Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2021):

El cáncer de mama puede comenzar en distintas partes de la mama. Las mamas constan de tres partes principales: lobulillos, conductos y tejido conectivo; los lobulillos son las glándulas que producen leche, los conductos son los tubos que transportan la leche al pezón y el tejido conectivo (formado por tejido fibroso y adiposo) rodea y sostiene todas las partes de la mama. La mayoría de los cánceres de mama comienzan en los conductos o en los lobulillos. (párr. 2)

2.3 Diagnóstico de cáncer de mama

El cáncer de seno suele detectarse debido a la aparición de los síntomas que lo caracterizan, sin embargo, cuando las mujeres no presentan los síntomas, se realizan pruebas para su detección.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2018), muestran los siguientes signos:

- Un bulto nuevo en la mama o la axila (debajo del brazo)
- Aumento del grosor o hinchazón de una parte de la mama
- Irritación o hundimientos en la piel de la mama
- Enrojecimiento o descamación en la zona del pezón o la mama
- Hundimiento del pezón o dolor en esa zona
- Secreción del pezón, que no sea leche, incluso de sangre

- Cualquier cambio en el tamaño o la forma de la mama
- Dolor en cualquier parte de la mama

Si la mujer no presenta alguno de estos síntomas, ella se debe realizar pruebas que ayuden a detectar la enfermedad o, en su caso, la ausencia de la misma. De acuerdo, con la Sociedad Americana contra el Cáncer (2020) y Cancer.Net (2018) estas son las pruebas a las que se somete un paciente con posible cáncer de mama:

- Ecografía
Son ondas de sonido para crear una imagen del tejido mamaria.
- Mamografía
Es una radiografía del seno que identifica cambios que pueden ser signos de cáncer.
- Imagen por resonancia magnética (MRI) de las mamas
Una imagen por resonancia magnética del seno (MRI, por sus siglas en inglés) usa ondas de radio e imanes potentes para producir imágenes detalladas del interior del seno.
- Estudios por imágenes del seno recientes y experimentales
El más conocido es la tomosíntesis del seno o mamografía en 3D, en el cual el equipo toma varias radiografías de baja dosis a medida que se mueve sobre el seno. También están los estudios ópticos por imágenes, en donde envían luz hacia el seno y luego miden la luz que regresa o pasa a través del tejido.

2.4 Causas y Consecuencias

Causas

En el mundo la primera causa de incidencia y mortalidad para las mujeres es el cáncer de mama. Actualmente tiene un crecimiento con respecto a la supervivencia gracias a la detección temprana, una mejora adherencia a los tratamientos y a la conciencia de factores pronóstico (González y Lemes, 2011).

Con frecuencia, en lugares rurales y semirurales se inhibe o reprime a la mujer en distintos aspectos como, por ejemplo, la sexualidad. En México las tradiciones hacen que se asocie a la mujer con un ideal, como el modelo de la Virgen María, las regulaciones sociales que esto implica pueden afectar una detección temprana del cáncer de mama debido a que los cuerpos femeninos

bajo ninguna circunstancias deben ser explorados o sometidos a escrutinios por ninguna otra persona (Figuroa-Varela et al., 2016).

El cáncer es multicausal, es decir, que se rodea de diferentes factores como elementos ambientales y de comportamiento, estilos de vida que a través de su cultura, sociedad y predisponentes genéticos se combinarán hasta crear factores que eleven la posibilidad de desarrollar cáncer de mama (Schneider et al, 2015).

Para el cáncer no existe una inclinación ni tipo de patrones que siga con exactitud y que indique qué tipo de mujeres son afectadas, pues la enfermedad tiene un origen anónimo; en cambio, existen factores que señalan una elevada posibilidad de padecer la enfermedad. Se llaman factores de riesgo (Martínez-Basurto et al., 2014).

Los factores de riesgo son particularidades que aumentan la posibilidad de que se desarrolle el cáncer de mama en una mujer, mas no son la causa directa (Pérez et al., 2009).

- La exposición prolongada a hormonas esteroideas sexuales, naturales o sintéticas que abarcan menarquia temprana, menopausia tardía, una carencia de lactancia materna, un embarazo a término de 30 semanas, consumo de estrógenos o también progesterona que muchas veces son utilizados como anticonceptivos o como un sustituto hormonal.
- El estilo de vida; este sigue un patrón de conducta, pero es una elección propia que tiene que ver con la alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- En la predisposición genética, es importante tomar en cuenta los antecedentes familiares. Entre el 5% y 10% de los casos de cáncer de mama donde la mutación de algunos de los genes como el BRCA1, BRCA2 y otros son heredados lo que predispone a una persona que padezca cáncer de mama debido a una mutación.
- Otro factor que eleva el riesgo de contraer cáncer de mama es la historia personal con el cáncer, y es que existe hasta cuatro veces más la probabilidad de un nuevo cáncer en mujeres que anteriormente tuvieron cáncer de mama o alguien que nunca lo ha padecido.

Además, existe una predisposición hormonal que consiste en la vulnerabilidad ante ciertos trastornos endocrinos por los incumplimientos de las funciones de las hormonas, fundamentalmente los estrógenos (Roche, 2011).

Se debe tomar en cuenta que estos factores no son una regla, pues hay mujeres con cáncer de mama que carecen de factores de riesgo y otras que, aunque los vivan, no tienen cáncer.

Consecuencias

El cáncer de mama tiene efectos secundarios que después de su tratamiento multidisciplinario afectará de diferente manera aspectos como la autoestima o la sensación de atractivo, y derivarán en un posible abandono laboral y social, dependiendo de la persona (Bayo et al., 2007).

MD Anderson Cancer Center (s.f.) menciona que hay tres tipos de efectos secundarios que presentan:

- Efectos secundarios a corto plazo: se producen durante el tratamiento. Aparte de los síntomas presentan náuseas, caída de cabello, dolor, cansancio y pérdida de peso. Estos desaparecen una vez finalizado el tratamiento.
- Efectos secundarios a largo plazo: aparecen durante el tratamiento y después de este, como la esterilidad o pérdida de memoria.
- Efectos secundarios a retardados: aparecen meses o años después del tratamiento, y son insuficiencia cardíaca, osteoporosis, problemas psicológicos y segundos cánceres.

Por otra parte, el cáncer de mama implica distintos obstáculos para el enfermo, provocando un inevitable cambio en el estilo de vida que casi siempre viene acompañado de problemas psicológicos y físicos que dañan su desarrollo personal, calidad de vida y hasta la forma de afrontar la enfermedad. El cáncer afectará a un nivel cognitivo, modificando las creencias, ideas e incluso la forma de pensar, esto representa componentes psicológicos que norman emociones y modifican conductas. A un nivel más conductual el cáncer de mama tendrá un efecto sobre los comportamientos de una persona mediante las emociones, creencias, ideas y pensamientos, si estos son funcionales se generará una adherencia al tratamiento y adaptación que aportará un mayor bienestar físico y psicológico; en caso de que las creencias sean irracionales, se tendrá como resultado una conducta desadaptativa (Martínez-Basurto et al., 2014).

Parte fundamental de la vida psicosocial de una mujer es la sexualidad. En este sentido, las mujeres se ven afectadas por el cáncer de mama, en mayor parte, cuando su feminidad se ve amenazada, y se olvidan por completo del trasfondo como las secuelas orgánicas y afectivas que afectan su identidad y su relación de pareja, así como su sexualidad. Las parejas en que alguien

padece cáncer de mama su relación bajo ya que carecen de deseo y placer sexual, pero se tiene la obligación de cumplir solo para mantener la apariencia de una relación marital estable frente a la sociedad (Figuroa-Varela et al., 2016).

2.6 Formas de tratamiento

Según la Sociedad Americana contra el Cáncer (2019a), el médico determinará el tratamiento del cáncer de mama de acuerdo con el tipo, el estadio, grado, tamaño y si las células cancerosas son sensibles a las hormonas. Los tratamientos son diversos:

- Cirugía de cáncer de mama

Las operaciones son:

- Extracción del cáncer de mama (tumorectomía): el cirujano extrae el tumor y un margen pequeño del tejido sano que lo rodea, se complementa con el vaciamiento axilar y la radioterapia.
- Extirpación de la mama (mastectomía): se le extirpa la totalidad del tejido mamario.
- Extracción de una cantidad limitada de ganglios linfáticos (biopsia de ganglios centinelas): se realiza para determinar si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos.
- Extirpación de las dos mamas: debido a la predisposición genética o antecedentes familiares puede existir un elevado riesgo de padecer cáncer en ambos senos.

- Quimioterapia

Se utilizan medicamentos para destruir las células de crecimiento rápido, puede realizarse por vía intravenosa o por vía oral.

El objetivo de la quimioterapia es reducir el tumor para facilitar la extracción de este.

- Radioterapia

Se persigue destruir las posibles células cancerosas: es obligatoria tras un tratamiento quirúrgico de tipo conservador. Hay dos tipos de aplicación:

- Externa: se administra en breves sesiones diarias y la paciente no tiene en ningún momento contacto directo del cuerpo con la máquina de la cual recibe el tratamiento. Hay varios tipos de irradiación acelerada del seno:
 - Radioterapia hipofraccionada: se administra en dosis más grandes para tener menor tratamiento, usualmente dura sólo 3 semanas.
 - Radioterapia intraoperatoria (IORT): se administra solo una dosis grande de radiación en el quirófano, justo después de la cirugía con conservación del seno.
 - Radioterapia conformada en 3D: se administra con máquinas especiales de manera que sea dirigida específicamente en donde se removió el tumor, por ende, se puede preservar más en el seno sano. Se administra dos veces al día por cinco días.
- Interna: también conocida como *braquiterapia* consiste en colocar sustancias radiactivas cerca o dentro del tumor. Hay dos tipos:
 - Braquiterapia intersticial: los catéteres son colocados en el seno, alrededor del área donde se extrajo el cáncer.
 - Braquiterapia intracavitaria: se coloca un dispositivo en el espacio que quedó después de la cirugía con conservación del seno y se deja ahí hasta que se complete el tratamiento.
- Terapia Hormonal

Si las células conservan la capacidad de responder a los cambios hormonales, estas pueden ser atacadas suprimiendo las hormonas que estimulan su desarrollo o administrando medicamentos que contrarrestan su efecto sobre el crecimiento.

Tipos de fármacos más utilizados:

- Tamoxifeno: evita la acción de los estrógenos sobre la célula, bloqueando su receptor para que las células cancerosas no sigan dividiéndose.
- Inhibidores de la aromataasa: impiden que se formen estrógenos y, por lo tanto, que actúen sobre las células.

2.7 Mastectomía y sus efectos psicosociales

2.7.1 Definición y Características

Definición. Puesto que el tema de interés en la presente investigación es la mastectomía, a continuación esta se abordará de manera más extensa.

De acuerdo con la Sociedad Americana contra el Cáncer (2019b) la mastectomía es definida como “una manera de tratar el cáncer de seno mediante la extirpación quirúrgica de todo el seno” (p.16). Muchas mujeres que padecen cáncer de seno en etapas tempranas pueden elegir esta cirugía como tratamiento y “las opciones de cirugía mamaria dependerán de la posibilidad de conservar la mama” (León et al., 2003, p.72). Este tipo de cirugía “a menudo se hace cuando una mujer no puede ser tratada con cirugía de conservación del seno (tumorectomía), la cual preserva la mayor parte del seno” (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2019b, p.16).

Tipos de mastectomía. Como ya se ha revisado la mastectomía es una cirugía para extirpar el seno que puede realizarse de igual forma para la prevención del cáncer de mama, sin embargo, dicha intervención sólo se realiza en mujeres que tienen un alto riesgo de padecerlo.

Arce et al. (2011), han referido que “un aspecto fundamental en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama es el manejo de los ganglios axilares, esto tiene fines pronósticos para la estadificación y terapéuticos con el fin de disminuir la recurrencia local” (p.80).

La importancia del control de los ganglios linfáticos reside en que las células cancerígenas viajan a través del líquido linfático, por lo que en la cirugía se retirará el primer ganglio linfático; en ocasiones se deben extraer la totalidad de los ganglios si contienen cáncer.

Siendo así, León et al. (2003) añaden que “como regla general, todas las pacientes con cáncer mamario en etapas I y II debieran ser tratadas con una disección axilar” (p. 74).

Las técnicas de mastectomía han evolucionado a lo largo de los últimos años, por lo que cada vez son menos radicales y han tomado en cuenta aspectos estéticos para la reconstrucción; debido a esto han surgido diversos tipos de mastectomía, que de acuerdo con la Sociedad Americana contra el Cáncer (2019b, p.16) se clasifican en los siguientes:

1. *Mastectomía simple o total:* extirpa la totalidad del tejido mamario incluyendo el complejo areola-pezones (CAP), y dependiendo la situación puede o no ser necesario extraer los ganglios de la axila. Este tipo de mastectomía es la más apropiada para mujeres que buscan

la remoción de la mama con el fin de evitar una posible aparición de cáncer mamario en el futuro.

2. *Mastectomía con conservación de piel:* se realiza una incisión circundante a la areola y se remueve solo el CAP, esto favorece para la reconstrucción inmediata ya que deja menos tejido cicatricial y permite una apariencia más natural al seno reconstruido.
3. *Mastectomía en conservación de pezón:* es una variación de la mastectomía con conservación de piel; se extirpa tejido del seno para la piel y el CAP se dejan intactos. Si se encuentran células cancerosas debajo del pezón, empero, este debe ser extraído. Este tipo de mastectomía busca otorgar un aspecto más natural después de la reconstrucción mamaria; se puede realizar en pacientes cuyo riesgo de reaparición de cáncer sea poco o nula y en pacientes con un tumor pequeño y lejano al pezón. Existen algunas complicaciones con las cirugías para la conservación del pezón; después de esta operación, es posible que este no tenga un buen suministro de sangre, lo que puede atrofiar o deformar el tejido. Debido a que también se cortan los nervios, a menudo queda poca o ninguna sensación en el pezón (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2019b, p.17).
4. *Mastectomía radical modificada:* combina mastectomía simple con la disección de los ganglios linfáticos axilares. En esta se remueve toda la mama, a los ganglios linfáticos axilares. Se realiza a mujeres con cáncer invasor del seno.
5. *Mastectomía radical:* en este tipo de mastectomía se extirpa todo el seno, ganglios axilares y los músculos pectorales. Esta cirugía se usa para tumores grandes que invaden los músculos pectorales, sin embargo, es un procedimiento quirúrgico extenso, por lo que ya no es recomendada.
6. *Mastectomía doble:* se realiza en ambos senos. Para la reducción de la probabilidad de padecer cáncer con quienes están en riesgo alto, como aquellas personas que tienen una mutación en el gen BRCA.

El tipo de cirugía que se realice en la paciente dependerá de factores como el tipo y estado de cáncer, el tamaño del tumor y del seno, así como el estado de los ganglios linfáticos.

2.7.2 Efectos psicológicos y sociales de la mastectomía

El primer impacto psicológico que se presenta es recibir el diagnóstico, ya que incrementa el nivel de estrés del paciente. Con este primer impacto, se requiere un tratamiento para afrontar la enfermedad (Castillo-López et al., 2018).

Priorizando su imagen corporal y su estética femenina, la mujer en ocasiones puede rehusarse a la mastectomía. Esto sucede debido a que, según Sánchez (2015), ella atraviesa una multitud de procesos mentales que van a mediatizar el resultado final; a menudo el deseo de preservar la figura femenina gana. Además, se debe considerar que la mastectomía no es un tratamiento reversible, es decir, es de suma importancia tomar la decisión analizando los riesgos y beneficios.

Asimismo, se debe explicar a las pacientes que la realización de la mastectomía no es una cirugía altamente recomendada, ya que esta no es sinónimo de erradicación total del cáncer.

Por todo lo ya mencionado, se puede entender que las mujeres que son sometidas a este tipo de tratamiento debido al cáncer de mama son expuestas a un cambio radical en su estilo de vida, desde aspectos médicos hasta sociales, que parten de su figura y de la explicación o información que poseen de la cirugía.

Las mujeres, por supuesto, se ven expuestas a un duelo. Algunos investigadores señalan el uso de la psicología positiva, y es Sánchez (2015) quien explica que esta corriente contempla el cáncer como una oportunidad.

En los casos donde la vía de solución factible contra la enfermedad es la mastectomización puede entonces haber una resignificación que parte de rescatar el afecto positivo o la autoestima, Tedeschi y Calhoun (1999; como se cita Sánchez, 2015) mencionan las seis categorías de cambios susceptibles de incluirse como indicadores de Crecimiento Postraumático (CTP):

- Mejora de las relaciones interpersonales.
- Mayor apreciación de la vida.
- Percepción de mayor fuerza personal.
- Mayor espiritualidad.
- Cambios en las prioridades y metas de la vida.
- Mayor control global sobre la propia salud.

En otros estudios se explican modelos diferentes, por ejemplo, Castillo-López et al. (2018) identificaron tres aproximaciones conceptuales del afrontamiento, cada una con su respectivo instrumento que permite operacionalizar el constructo.

Las estrategias y estilo de afrontamiento son las que se fundamentan en modelos teóricos, sin embargo, el constructo más utilizado para explorar el afrontamiento en población con cáncer de mama es el ajuste mental al cáncer. Al carecer de un sustento teórico bien definido, su aplicación sea confusa y genera obstáculos para la evidencia.

Capítulo III: Imagen corporal, Autoconcepto e Intimidad sexual en mujeres mastectomizadas

3.1 Imagen corporal

3.1.1. Definición y características

Definición. El concepto de imagen corporal es un constructo con una utilidad teórica bastante amplia, debido a que es utilizado por la psicología, la psiquiatría, la sociología y la medicina en general (Baile, 2003). Considerando que la imagen corporal es comprendida como la representación mental del cuerpo (se enfrenta a constantes cambios durante diversos momentos de la vida del individuo) que resulta en el desarrollo psicosocial de la persona (Nieves, 2009), se debe tener presente que tal constructo no siempre está directamente asociado a la apariencia física real, ya que tanto valoraciones como actitudes ante el propio cuerpo tienen cabida en la construcción de la imagen corporal de una persona (Guzmán y Salazar, 2016).

De manera concisa, la imagen corporal se refiere a la percepción, los pensamientos y los sentimientos de una persona con relación a su cuerpo. Así, el constructo abarca los conceptos psicológicos de la percepción y las actitudes sobre el cuerpo. Más aún, debe considerarse que la construcción que un individuo haga sobre su imagen corporal va a estar determinada profundamente por la experiencia adquirida a través de las relaciones sociales (Grogan, 2016). Ello, por otra parte, no significa que la conceptualización de la imagen corporal sea puramente objetiva; por el contrario, resulta ser un constructo subjetivo, ya que no existe conexión entre la experiencia del propio cuerpo y lo percibido por personas externas. El concepto de imagen corporal comprende también tanto aspectos positivos como negativos.

Por otra parte, cuando ocurre una alteración en la apariencia de los individuos, se disparan una serie de reacciones cognitivas, psicológicas y perceptuales. Para algunos, las preocupaciones relacionadas a la imagen corporal pueden ser de máxima prioridad durante el periodo posterior al suceso importante, por ejemplo, alguna amputación; para otros, eso pasa a segundo plano. Sin embargo, para la gran mayoría, desarrollar una imagen corporal integral subsecuente a la amputación es primordial para el periodo de rehabilitación (Cash, 2012). La imagen corporal, en el caso de mujeres con cáncer de mama, puede representar un problema de gran magnitud, ya que

la pérdida de un pecho, las cicatrices quirúrgicas, los cambios de peso y las diferentes secuelas de tal afección juegan un rol primordial en la calidad de vida en general (Rosenberg et al., 2013).

Características. *National Eating Disorders Collaboration* (s.f.) realiza una clasificación que intenta explicar las particularidades y las simplificaciones que tiene la imagen corporal, de acuerdo al plano en el que se le considere:

- La imagen corporal perceptual, referente a la manera en la que se mira el cuerpo, aunque ella no es siempre la verdadera representación del cuerpo.
- La imagen corporal afectiva, que abarca la manera de sentir el propio cuerpo. Esto se relaciona tanto a la satisfacción como a la insatisfacción de la forma, peso o partes específicas del cuerpo.
- La imagen corporal cognitiva, relacionada a los pensamientos que se tienen acerca del cuerpo.
- La imagen corporal comportamental, referente a los actos que se realizan a partir de la imagen corporal. Esto abarca las respuestas que se tienen ante la insatisfacción corporal.

De manera similar, según el modelo propuesto por Pruzinsky y Cash (1990; como se cita en Baile, 2003), las características de la imagen corporal la explican como un concepto multifacético, formado durante etapas; en ella existe una interrelación para con la autoconciencia, ya que la manera en la que se percibe al propio cuerpo determina la manera en la que se percibe a uno mismo.

Asimismo, una característica de gran importancia que se le atribuye a la imagen corporal es el impacto significativo que tiene el ámbito social sobre la misma, que sucede desde el nacimiento, siendo que las influencias del contexto interfieren en la percepción propia que se tiene del cuerpo. Aunado a ello, se tiene la condición dinámica de la construcción de la imagen corporal; es decir, existe una variación constante que depende del momento en el que se desarrolle, de los sucesos y de las experiencias que tienen cabida en el entorno en el que se desenvuelven; un entorno que se implica en los procesos perceptivos de cada individuo y que, por lo tanto, se relaciona directamente al procesamiento de información. Este, a su vez, engloba los sentimientos que se atañen al propio cuerpo y que van a afectar la información perceptualmente recibida del contexto y, a su vez, determinan una serie de comportamientos que adquieren matices de conscientes, preconscientes e inconscientes.

3.1.2 Modelo explicativo cognitivo-conductual e imagen corporal

Modelo explicativo cognitivo-conductual que explica la formación de la imagen corporal.

De acuerdo con Cash (1990; como se cita en Raich, 2004) la imagen corporal se relaciona con las percepciones, imágenes, valoraciones del tamaño y la forma de aspectos del cuerpo; desde el punto de vista cognitivo, la atención del cuerpo se enfoca a partir de las autoafirmaciones que involucra creencias, experiencia corporal, la satisfacción o insatisfacción y las emociones asociadas al mismo.

Conforme a Borrás (2016), el modelo cognitivo-conductual de la imagen corporal de Cash menciona que existen dos tipos de actitudes referentes a los pensamientos, las emociones y los comportamientos relacionados con la apariencia; estas actitudes son la inversión en la apariencia y la evaluación de la imagen corporal. La inversión en la apariencia se refiere al valor, dedicación o importancia de una o varias partes del cuerpo y atributos físicos, mientras que la evaluación de la imagen corporal hace alusión al grado en el que uno está satisfecho con su apariencia. Este modelo destaca la influencia del papel sociocultural, las experiencias interpersonales y los rasgos de personalidad en el desarrollo de las actitudes acerca de la imagen corporal; además reconoce que la imagen del cuerpo se ve afectada por los cambios que se producen en el funcionamiento físico y en la apariencia.

Imagen corporal en mujeres mastectomizadas. Las mamas son órganos cuyo significado cultural está ligado a la maternidad, el erotismo y la sexualidad; por lo tanto, forman indiscutiblemente parte de la anatomía sexual, de la estética de la imagen corporal y de la capacidad maternal de la mujer. La mastectomía afecta la percepción del propio cuerpo ya que implican cambios en la imagen corporal, teniendo como consecuencia posibles afectaciones negativas en la sexualidad de las mujeres, la valoración personal, la noción de feminidad y sensación de atractivo, derivando en ansiedad, depresión, vergüenza, miedo a la muerte, afectando a su bienestar emocional (Mejía, 2012).

Para Martínez-Basurto et al. (2014) esta concepción de la imagen corporal es valorada por las mujeres de manera significativa, es por eso que, ante la pérdida del seno, las consecuencias a nivel psicológico repercuten de manera drástica en la autoimagen: física y visualmente, la pérdida de seno constituye una deformidad importante sobre el cuerpo de la mujer.

La imagen corporal es indudablemente la más afectada, ya que es una representación mental que la persona tiene de su propio cuerpo. Cuando a una mujer se le realiza una mastectomía, su imagen corporal se puede ver dañada inmediatamente debido a una inadecuada percepción, ya que podría llegar a considerar que tiene una incapacidad para asumir sus compromisos sociales; sería probable identificar la pérdida de su atractivo como mujer con la presencia de la cicatriz, privándola de la capacidad de tener confianza y respeto por sí misma (Fernández, 2004).

Para las mujeres, el sentimiento de atractivo físico es uno de los aspectos más afectados tras una mastectomía; según el estudio realizado por Vázquez et al (2010; como se cita en Navarro, 2017) este sentimiento de pérdida del atractivo físico se debe en gran parte a la asimetría que ha quedado en su cuerpo.

Baptista et al. (2012) indican que las mujeres mastectomizadas evitan la desnudez, así como mirarse o tocar las cicatrices que les ha dejado la mastectomía, debido a que se sienten menos atractivas física y eróticamente; renuncian a verse y que les vean desnudas, teniendo como consecuencia una gran inseguridad, constante preocupación y ansiedad condicionadas por el rechazo que puedan sufrir.

3.2 Autoconcepto

3.2.1. Definición y Características

Definición. El autoconcepto es una estructura esencial que va de la mano con la personalidad de cada individuo. Esta estructura mental es psicosocial, se va construyendo mediante experiencias de uno mismo y esencialmente está formado por tres elementos: el físico, el conductual y el afectivo, que pueden ser tanto reales como ideales; esto le permite al individuo interactuar con el medio externo e interno. Hay diferencias en la estructura mental de cada individuo a partir de variables como lo son la cultura, la edad, el ecosistema y el sexo (Valdez y González, 1999).

No se nace con un autoconcepto adherido a nosotros, este se va formando mediante la relación con el contexto. Haciendo un análisis de esto mismo, el individuo afrontará expectativas propias y el pensar de los demás sobre dichas interacciones, valora su forma de actuar y el cómo responden a ello (Liranzo y Hernández, 2014).

Características. Gran parte de la literatura a través del tiempo se ha enfocado únicamente en el contenido del autoconcepto o aquello que las personas creen verdadero acerca de sí mismos. Es decir, tales estudios suelen dejar fuera la estructura del autoconcepto que se contempla como una representación determinada por la memoria. Esto quiere decir que el autoconcepto también implica la acumulación continua de nuevas experiencias que lo modifican (McConnell y Strain, 2007).

De la misma manera, el hecho de que las experiencias culminen en el éxito o en el fracaso depende de las maneras en las que las personas han aprendido a mirarse tanto a sí mismos como a agentes externos. Por lo tanto, el autoconcepto se puede categorizar en tres cualidades mayores: se aprende, porque emerge en etapas tempranas y es formado y reformado acorde a lo cultivado de los distintos contextos; está organizando, porque tiene una cualidad establece que brinda consistencia a la personalidad; y es dinámico, puesto que es parte de un proceso continuo de asimilación y expulsión de ideas (Mishra, 2016).

Por otro lado, incluso cuando todas las personas tienen un autoconcepto único e individual, existen características que pueden identificarse como comunes en todos los individuos. Una de ellas es la característica física, que se refiere a las descripciones realizadas por los sujetos acerca del propio aspecto. Conceptos como la característica física resultan importantes para el autoconcepto de las mujeres mastectomizadas, pues ellas no se identifican con el resto de las personas, ya sea de manera negativa o positiva (Stangor et al., 2011). Si existe una insatisfacción, originada o no de una percepción equivocada del propio cuerpo, la imagen corporal de la persona será afectada y ello repercutirá directamente en el autoconcepto, lo que hace explícita una relación estrecha entre ambos constructos (Hernández-Martínez et al., 2018).

Otra característica determinante para el autoconcepto es la personal, referente a las ideas que se tienen sobre uno mismo en cuanto ser individual. Tal vertiente cuenta con cuatro dimensiones: autoconcepto afectivo-emocional, o qué tanto ajuste emocional se percibe en sí mismo; autoconcepto ético-moral, o qué tan honrado se considera uno; autoconcepto de autonomía, o hasta qué punto se sabe que se decide sobre la propia vida en función del criterio de uno mismo; y autoconcepto de autorrealización, o cómo se mira una persona de acuerdo a sus objetivos de vida (Esnaola et al., 2008).

Finalmente, y de manera similar, la característica social del autoconcepto abarca una amplia gama de aspectos relevantes para la autocomplejidad. Usualmente, se centra en los roles y rasgos propios de los distintos ámbitos en los que una persona se desenvuelve, englobando también aquello que surge como fruto de la interacción, como el bienestar general o la salud mental (Mcconnell y Strain, 2007). Así, tales condiciones afectan lo que se conoce como identidad social, o la manera en que los individuos se comportan en relación con los grupos (Stangor et al., 2011).

En definitiva, el autoconcepto ha adquirido rasgos que ahora se dan por asumidos y son reconocidos universalmente: su realidad compleja, multifacética y de múltiples dimensiones, lo que da paso a una estructura concreta especializada por áreas de experiencias; su organización jerárquica, donde los planos diversos no adquieren la misma importancia; su coherencia y congruencia, donde las experiencias del pasado se esfuerzan por proteger al yo de estímulos desestabilizadores; y su carácter integrativo, donde siempre habrá cabida a la modificación tras la llegada de datos e información nueva, derivados de la experiencia (González, 2005).

3.2.2 Modelo explicativo jerárquico y autoconcepto

Modelo jerárquico que explica la formación del autoconcepto. La formación del autoconcepto es un proceso dinámico; esto significa que no es innato, sino que es elaborado a través de la interacción con el contexto social. El autoconcepto se puede transformar dado este carácter dinámico. Asimismo, cumple una función mediadora entre el individuo y su entorno ya que la información externa será interpretada según la percepción que la persona tenga de sí misma, lo cual otorgará la capacidad para afrontar diversas situaciones como lo es el cáncer de mama.

Existen diversos modelos que explican la formación y el desarrollo del autoconcepto en el individuo; sin embargo, para fines de esta investigación se aborda el modelo jerárquico propuesto por Shavelson et al. (1976). Dicho modelo pone el autoconcepto global compuesto de otros constructos como académico y no académico. Este último engloba una parte emocional (emociones concretas), una parte física (habilidades y aspecto) y una parte social (los “iguales” y los otros significativos).

Como se ha mencionado con anterioridad, las mujeres mastectomizadas pasan por un proceso que conlleva cambios físicos y psicológicos. A continuación, se profundizará en el autoconcepto físico, social y emocional, ya que estos constructos son los más afectados:

1. Autoconcepto físico: es considerado como la representación mental que el individuo elabora al integrar la experiencia de la imagen corporal, los sentimientos y emociones que esta produce. Se compone por dos dimensiones que son la apariencia física (realidad física asociada a estereotipos sociales) y la habilidad física (condiciones que determinan la condición física [Fernández-Busto et al., 2015]).
2. Autoconcepto emocional: evaluación que hace el sujeto acerca de su desarrollo emocional haciendo conciencia de los propios sentimientos y de la expresión de los mismos frente a situaciones específicas (García y Musitu, 2014).
3. Autoconcepto social: se refiere a la autopercepción de las habilidades sociales con respecto a las relaciones interpersonales (Markus y Wurf, 1987).

Autoconcepto en mujeres mastectomizadas. El cáncer de mama generalmente causa impacto entre las mujeres, tanto por la importancia que se da a la mama como por el miedo relacionado con los tratamientos contra la enfermedad; ejemplo de esto es la mastectomización, que suele percibirse como uno de los acontecimientos más desequilibrantes en su vida, el cual determina un cambio en su propia imagen y en los roles desempeñados en la sociedad (Mejía, 2012).

La mastectomía repercute a nivel psicosocial incluyendo ansiedad, depresión, baja autoestima, así como alteraciones en el autoconcepto, afectando las actividades cotidianas, su calidad de vida y sobre todo, en la percepción de sí mismas (Bañuelos-Barrera et al., 2007). De acuerdo con Navarro (2017), esto conlleva comportamientos influenciados por el miedo al rechazo de los demás, conductas desadaptativas como la evitación de las relaciones sociales (aislamiento) y cogniciones irracionales, en donde hay una alteración en las evaluaciones sobre sí mismas en relación con su feminidad, sobre los demás y el mundo que les rodea.

Puesto que muchas mujeres consideran sus senos como el principal símbolo de feminidad; la amputación de uno o ambos senos mediante la mastectomía les hace perder aquello que las define como mujeres.

Aunado a esto, es importante identificar que la percepción de impacto ante la pérdida o deformidad de los senos amenaza al autoconcepto debido a las creencias disfuncionales relacionadas con la pérdida del atractivo personal, del valor como persona y de la identidad sexual. Estas cogniciones llegan a afectar las oportunidades de mantener un estado físico saludable

llegando a producir emociones poco funcionales para las pacientes, como lo es una baja autoestima (Martínez-Basurto et al., 2014).

3.2.3 Autoconcepto y autoestima

De acuerdo con Massenzana (2017), el autoconcepto y la autoestima son utilizados en gran parte como sinónimos, pero aunque se encuentran relacionados, son diferentes entre sí. Por lo tanto, el autoconcepto constituye una variable basada en la percepción que el sujeto tiene de sí mismo, elaborada con base a una observación de sus propias capacidades y limitaciones; mientras que la autoestima implica una valoración de la imagen que está conformada por aquellas autopercepciones emergentes de todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que, sobre sí mismo, un individuo poder ir a acumulando toda su vida (Hattie, 1992; McKay y Fanning, 1999; Rogers, 1972; como se cita en Massenzana, 2017).

Mejía et al. (2011; como se cita en Panesso y Arango, 2017) sostienen que el autoconcepto como la autoestima, van a favorecer el sentido de la propia identidad, puesto que ambos conceptos van a constituir marcos de referencia desde los cuales se pueden interpretar la realidad externa y las propias experiencias. El modo en el que la persona se menciona o se da a conocer ante otras y ante sí misma (autoconcepto), es una manera inconsciente para entender cómo se percibe ella el mundo, apoyándose en su autoestima (Oñate, 1989; como se cita en Panesso y Arango, 2017) y va afectar su forma de sentirse consigo mismo.

3.1 Intimidad sexual

3.3.1. Definición y Características

Definición. La intimidad sexual es un término que procede del latín *intimus*, que significa recóndito, que está en el fondo de algo. Miranda (2015) explica que “intimidad” hace referencia las cuestiones más profundas de una persona, aquello que tiene que ver con pensamientos, sentimientos, emociones, ideología, religión, tendencias personales. Por otro lado, la privacidad se define más como aquello que conforma la vida personal en la relación con otros.

El término intimidad según (Mancillas, 2006) se refiere a esas zonas reservada e íntima de una persona o de un grupo, especialmente de una familia. Debido a esto la intimidad es una combinación de dos aspectos, el encuentro con uno mismo y el encuentro con otro. El primero se

trata de la intimidad personal; el segundo es llamado intimidad interpersonal, se trata de un vínculo que se tiene con otro individuo.

Rihm et al. (2017) explican a la intimidad como un plano en las relaciones de pareja que tiene que ver con modelos o ideas de amor comprendidos en la sociedad; las parejas tratan de cumplir con estos estándares. Esto intensifica las tensiones que se suscitan en la pareja, puesto que se presentan anhelos o deseos y, por supuesto, planes a futuro. Por lo tanto, la intimidad con la pareja no se trata de una fusión o pérdida de la individualidad sino una promoción de la identidad personal cuya duración depende de qué tan satisfactoria es la relación para sus integrantes.

Características. Según (Tobar, 2010), hay tres características esenciales en la intimidad:

- Aceptación: aceptar a la pareja haciéndola sentir que, aun sabiendo sus defectos y limitaciones, tanto de carácter como físicos, es la persona más importante.
- Confianza: creer que en ningún momento el otro tiene la intención de ofender o hacer daño.
- Ternura: se compone de gestos o palabras generosas con las cuales una persona acaricia no solo el cuerpo sino también el alma de la otra persona.

De acuerdo, con *Breast Cancer Organization* (2013), hay seis formas en la que se puede comunicar a la pareja lo que sucedió en el cuerpo de la mujer y el cómo se siente:

1. Encontrar algún momento: programar algo de tiempo en un lugar tranquilo donde sea seguro que la pareja no será interrumpida.
2. Empezar de alguna manera: iniciando la conversación con algo agradable y llevadero, por ejemplo, el clima. Después de un tiempo se puede llevar la conversación a otro tema, como los miedos, preocupaciones o de qué manera la enfermedad y la realización de la cirugía ha cambiado la vida tanto de la persona afectada como de su pareja.
3. Hablar: todo lo que se dice es escuchado y comprendido por la otra persona.
4. Tranquilizar a la pareja: puede que la pareja de la mujer mastectomizada sienta que ya tiene muchos problemas, por lo cual tiene que darle a entender que quiere saber cómo se siente con la nueva situación.
5. Incorporar a otra persona: consultar a un terapeuta.
6. Expresarse por escrito.

La sexóloga Di Bari (2016), recomienda tres pasos para apoyar el retorno a la vida sexual de una mujer mastectomizada:

1. Primer paso: dejar que la pareja toque la parte posterior del cuerpo, durante 10 minutos. Una vez pasado este tiempo, la mujer se tiene que girar y dejar que lo haga por delante evitando genitales.
2. Segundo paso: invitar a la pareja al juego, acariciarse mutuamente, respetando los genitales, y cuando sea suficiente para la mujer, parar.
3. Tercer paso: repetir el paso uno y dos, e ir probando cómo se siente si toca o deja tocar sus genitales.

3.3.3 Modelo explicativo cognitivo-conductual e intimidad sexual en mujeres mastectomizadas

Intimidad sexual desde un enfoque cognitivo-conductual. La dimensión histórica de la sexualidad está configurada por contextos sociales específicos, condicionándola a pesar de su importancia en la vida de las personas como individuos y actores de esta, siendo que hay patrones conductuales impuestos por la misma sociedad, quien dice que es lo “aceptado” y lo “no aceptado”.

Según Moles (1991; como se cita en Castillo, 2015) dice que “las conductas aprendidas son aquellas donde la ejecución ocurre por decisión o no del sujeto” (párr. 43). Y la ejecución dependerá de la práctica y la experiencia en la cual se aprenden los gustos, preferencias y actitudes ante una conducta. Es aquí donde entra la teoría del aprendizaje de Bandura ya que pone puntualiza cierta importancia en los procesos cognitivos del individuo, en el cual dichos procesos adquieren significación en la atención y la retención, pues este ejecuta acciones con base en la conducta modelo considerando sus consecuencias, con el fin de memorizar y recordar el comportamiento molde (Castillo, 2015).

Diversas escuelas de pensamiento han hecho enfoques y modelos teóricos con la finalidad de dar una explicación al comportamiento sexual. La escuela de Bianco (como se cita en Castillo, 2015) propone herramientas para la base del análisis para la comprensión de dicho comportamiento en el cual lo divide en siete enfoques que denominan A, B, C, D, E, F y G:

- A. **Enfoque A**, Modelo fisiológico vs Modelo sociocultural: el modelo fisiológico otorga permiso para proceder si el organismo se adecúa a cierto tipo de respuestas biológicas. Esto quiere decir que los procesos sociales dependen de que si la condición fisiológica y

biológica que siguen siendo preservados puede ser de utilidad o no ser funcional; mientras que el modelo sociocultural tiene como regla principal la “norma sociocultural” en la cual han sido establecidos los valores y creencias con respecto a las relaciones interpersonales y la identidad de una sociedad determinada, considerándolo “aceptado” y lo “no aceptado”.

- B. **Enfoque B**, Criterio de normalidad: es el “debe ser” de una norma social. Implica los mandatos dentro de una sociedad.
- C. **Enfoque C**: función del afecto, función sexual, función de reproducción; la repercusión dependerá de las normas del individuo.
- D. **Enfoque D**, Tipos de pareja: está en función de los parámetros establecidos de lo que es el amor o el afecto y ejercicio de la función sexual.
- E. **Enfoque E**, Roles: en cada grupo se genera un patrón de conductas que se deben de seguir de acuerdo con un rol de género.
- F. **Enfoque F**: define el “¿para qué?” y el “¿por qué?” de la responsabilidad del individuo. Se definen los actos de los individuos y sus consecuencias para reflexionar al respecto.
- G. **Enfoque G**: es la elección de los actos que considere más adecuados para un momento dado. Es preciso tomar en cuenta la importancia de las acciones, si la decisión es definitiva.

Intimidad sexual en mujeres mastectomizadas. De acuerdo con Meloni et al. (2014) la sexualidad femenina posee una plasticidad erótica mayor que la masculina, pues está sujeta a mayor presión de los estándares socioculturales de belleza y atractivo sexual, existiendo una relación entre la insatisfacción con la apariencia corporal y las dificultades de la función sexual femenina que perjudican el ejercicio de la sexualidad. En ese sentido, se considera que las mujeres mastectomizadas desarrollan una preocupación mayor en ser atractivas sexualmente para el compañero, lo que impide una vivencia sexual satisfactoria.

Por consecuencia de los estándares y las presiones, se recalca la necesidad de establecer una buena comunicación entre la pareja, para que la vida sexual e íntima pueda ser renegociada después de la enfermedad, al considerar las necesidades y sentimientos de cada uno. Una comunicación clara entre la pareja y la búsqueda de información y orientación obtenida del profesional de la salud puede mejorar la adaptación de la vida sexual después del cáncer de mama.

De acuerdo con Lopes et al. (2016), durante el acto sexual las mujeres mastectomizadas suelen cubrir su cuerpo durante el contacto corporal de la zona donde se realizó la cirugía. Por ello, los

autores llegan a la conclusión de que la mastectomía genera problemas en los dominios de deseo sexual, excitación y capacidad de alcanzar el orgasmo, que pueden durar de seis meses a un año tras la cirugía. Las mujeres que se sometieron a cirugía conservadora de la mama refieren más problemas con la excitación sexual en comparación con la situación antes de la cirugía.

Es de suponerse y de saberse que cuando un diagnóstico de cáncer impacta directamente en un órgano sexual, la sexualidad y la calidad de vida pueden considerarse una prioridad secundaria a la sobrevivencia. En este sentido, es beneficioso proveer a las pacientes un contexto contenedor en el cual pueden realizarse preguntas y discutir diversas cuestiones, preferiblemente con un equipo multidisciplinario. Los cambios en la sexualidad y en la función reproductiva pueden causar sentimientos de vergüenza e inhibición, además del deterioro de la autoestima y del sentido de identidad. Estos temas pueden no ser fácilmente expuestos a terceros, por esto, es relevante para los médicos abrir estas cuestiones e indagar sobre el bienestar sexual y emocional de las pacientes. Ello brindará la oportunidad para educarlas, analizar problemas y derivarlas a una asistencia profesional especializada en aquellos casos específicos que lo precisen (Bayo et al., 2007).

Una vez realizada la descripción del tema de interés, a continuación, se presenta el método de la presente investigación, así como los resultados más relevantes, discusiones y conclusiones.

Método

4.1 Justificación del estudio

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) el cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial; el cáncer de mama, con una atribución de 571,000 defunciones al año, se encuentra entre los cinco tipos de cáncer que provocan mayor número de fallecimientos. Estas cifras ponen de manifiesto la gravedad de la enfermedad y una clara necesidad de crear acciones encaminadas a disminuir su prevalencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes ya diagnosticados y en fases avanzadas del tratamiento.

El tipo de cáncer con mayor presencia en las mujeres es el cáncer de mama. Asimismo, es la principal causa de morbilidad hospitalaria entre los tumores malignos para la población mexicana de 20 años y más (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015).

Como profesionales de la salud se sabe que el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama implica diversos cambios, no solo físicos, sino también psicológicos y sociales, lo cual supondría un ajuste de la paciente a estos; no obstante, como menciona Sebastián et al. (2007; como se cita en Juárez y Landero, 2014), ésta va a depender fundamentalmente de un proceso el cual incluirá la adaptación a pérdidas importantes, como cambios en la imagen corporal, y a los sentimientos y conductas que esta transformación conlleva.

Otros aspectos perjudicados en los cambios corporales causados por los efectos del tratamiento contra el cáncer, en específico la mastectomía, son el autoconcepto y la intimidad sexual. Como también mencionan Sebastián et al. la pérdida del pecho, ya sea total o parcial, es de crucial importancia en la identidad femenina. Conjuntamente, en la cultura occidental, los senos se relacionan con la sexualidad y el atractivo físico, al igual que con el atributo erótico, la maternidad y la lactancia.

Identificar si existe una modificación en la imagen corporal, en el autoconcepto y en la intimidad sexual en mujeres que han sobrellevado el tratamiento de la mastectomía significaría un antecedente inmediato a posibles planes de intervención con el objetivo de mejorar la percepción que la mujer tiene de sí misma, lo que influiría en su forma de experimentar el mundo y vincularse con los demás después del procedimiento quirúrgico que generó un gran cambio en su vida. De

esta manera no sólo se podrá mejorar la relación que la mujer tiene consigo misma, sino también el aumento en su calidad de vida.

4.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación de la imagen corporal, autoconcepto e intimidad sexual en mujeres mastectomizadas en un sector no institucional?

4.3 Objetivo

General

Determinar la asociación entre la imagen corporal, el autoconcepto e intimidad sexual en mujeres mastectomizadas dentro de un sector no institucional.

Específicos

- 1.- Evaluar el nivel de imagen corporal en mujeres mastectomizadas dentro de un sector no institucional.
- 2.- Evaluar el nivel de autoconcepto en mujeres mastectomizadas dentro de un sector no institucional.
- 3.- Evaluar el nivel de intimidad sexual en mujeres mastectomizadas dentro de un sector no institucional.
- 4.- Evaluar la asociación de la imagen corporal con el autoconcepto en mujeres mastectomizadas dentro de un sector no institucional.
- 5.- Evaluar la asociación de la imagen corporal con la intimidad sexual en mujeres mastectomizadas dentro de un sector no institucional.
- 6.- Evaluar la asociación de el autoconcepto con la intimidad sexual en mujeres mastectomizadas dentro de un sector no institucional.
- 7.- Comparar la imagen corporal, autoconcepto e intimidad sexual en mujeres mastectomizadas y sin diagnostico oncológico dentro de un sector no institucional.

4.4 Hipótesis

H₁: Existirá asociación estadísticamente significativa de la **imagen corporal con el autoconcepto y la intimidad sexual** en mujeres mastectomizadas dentro de un sector no institucional.

H₀: No existirá asociación estadísticamente significativa de la **imagen corporal con el autoconcepto y la intimidad sexual** en mujeres mastectomizadas dentro de un sector no institucional.

4.5 Variables de estudio

En la tabla 1 se muestran las variables de estudio con la definición conceptual y operacional de cada una.

Tabla 1 *Variables de estudio*

| Variables | Definición conceptual | Definición operacional |
|------------------|---|--|
| Imagen corporal | De acuerdo con (Grogan, 2016), la imagen corporal se refiere a los cuerpos de la percepción, los pensamientos y los sentimientos de una persona con relación a su cuerpo. Así, el constructo abarca los conceptos psicológicos de la percepción y las actitudes sobre el cuerpo. Debe considerarse que la construcción que un sujeto haga sobre su imagen corporal va a estar determinada profundamente por la experiencia adquirida a través de las relaciones sociales. | Puntuación obtenida para valorar la percepción de imagen corporal de la persona por medio de la escala de Hopwood (anexo 1). |
| Autoconcepto | El autoconcepto es una estructura esencial que va de la mano con la personalidad de cada individuo. Esta estructura mental es psicosocial, se va construyendo mediante experiencias de sí mismo y esencialmente está formada por tres elementos, el físico, el conductual y el afectivo, que pueden ser tanto reales como ideales, esto le permite interactuar con el medio externo e interno (Valdez y González, 1999). | Puntuación obtenida para valorar la percepción del autoconcepto por medio de la escala de autoestima de Coopersmith (anexo 2). |
| Intimidad sexual | Es el lazo que favorece el proceso de compartir pensamientos, sentimientos y experiencias únicas de importancia personal, con alguien altamente significativo; motivación mutua con potenciales de gratificación sexual única en la pareja, en donde el tiempo y privacidad dan oportunidad de | Puntuación obtenida para valorar la percepción de la intimidad sexual de la persona por medio de la escala de Intimidad |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| | intercambiar señales psicológicas de cercanía emocional, admiración, deseo, apreciación, sensibilidad, devoción, respeto, entrega, pertenencia y confianza (García, 2013). | Sexual de Pantaleón (anexo 3). |
|--|--|--------------------------------|

4.6 Tipo de estudio

El presente estudio fue del tipo transversal: se realizó una evaluación en un único momento y lugar a partir de la matriz de instrumentos y se buscó estimar la asociación entre las variables de imagen corporal, autoconcepto e intimidad sexual para, con ello, definir si existe una prevalencia o no de la situación buscada en mujeres mastectomizadas. El objetivo principal de los estudios de este tipo es examinar el estado de salud y de enfermedad de una población específica. Aquello se realiza en un tiempo y lugar definidos, buscando estimar la prevalencia de una enfermedad o de factores relacionados, así como la posible asociación entre los mismos (Álvarez-Hernández y Delgado-DelaMora, 2015).

4.7 Alcances y diseño de la investigación

El alcance de investigación es correlacional ya que, según Hernandez et al. (2010), se asocian variables mediante un patrón, teniendo como finalidad conocer la relación que exista entre los conceptos o variables.

Este estudio es no experimental debido a que no existirá manipulación de variables, solo se observará el fenómeno de forma natural, sin intervenir de manera alguna (Sousa et al, 2007).

4.8 Contexto de la investigación y Escenario

Contexto de la investigación

Este proyecto de investigación se realizó bajo la supervisión de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y el Área de Psicología, con la dirección de la Doctora Andrómeda Ivette Valencia Ortiz y codirección del Doctor David Jiménez Rodríguez, sin embargo la muestra fue contactada directamente por la autora de este trabajo, la investigación se llevó a cabo en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo, en donde se contactó con asociaciones civiles como Fundación Cima y Grupo de Recuperación Total RETO, A.C., para poder hacer llegar los cuestionarios a las mujeres mastectomizadas.

Se dispone de recursos importantes que apoyan el desarrollo de dicha investigación:

- Recursos materiales: Tomando en cuenta la población con la que se trabajó para esta investigación, fue necesario tener los instrumentos estuviesen disponibles en línea para poder ser aplicados en el lugar donde se ubican las personas a estudiar.
- Recursos humanos: Es esencial que el grupo de mujeres cuente con las características que demanda la investigación.
- Recursos de tiempo: Se dispuso de alrededor de un año para el desarrollo de esta investigación y la aplicación de sus instrumentos, entre enero-noviembre. Se recopiló información de mujeres que han padecido cáncer de mama y que han sido mastectomizadas, sin importar cuántos años hayan pasado después de la intervención.

Escenario

Se eligió como escenario para la realización de esta tesis, las asociaciones civiles Fundación Cima y Grupo de Recuperación Total RETO, A.C., ya que se considera una red de apoyo para las mujeres con cáncer de mama que ya han sido mastectomizadas, en proceso o solo diagnosticadas.

4.9 Participantes

14 mujeres mastectomizadas y 14 mujeres sin diagnóstico oncológico residentes de la república mexicana.

Criterios de inclusión y exclusión para el grupo de mujeres mastectomizadas.

- **Inclusión**

Mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, que han pasado por una mastectomía, que tengan pareja sentimental estable o que su última relación íntima sexual no haya sucedido más de 12 meses antes de la realización del estudio, que hayan firmado el consentimiento informado.

- **Exclusión**

- Con cáncer de mama sin riesgo a ser mastectomizadas.
- Mujeres que no hayan tenido relación íntima estable

Criterios de inclusión y exclusión para el grupo de mujeres sin diagnóstico oncológico.

- **Inclusión**

Mujeres que no han tenido cáncer de mama, que tengan pareja sentimental estable o que su última relación íntima sexual no haya sucedido más de 12 meses antes de la realización del estudio, que hayan firmado el consentimiento informado.

- **Exclusión**

- Con cáncer de mama.
- Mujeres que no hayan tenido relación íntima estable

4.10 Instrumentos de evaluación

4.10.1 Escala de Imagen Corporal (BIS)

Elaborada por Hopwood en el 2001

Objetivo: Evaluar el estado de imagen corporal, con relación a cómo se siente la mujer con su apariencia y a los cambios que ha experimentado como resultado de la enfermedad y tratamientos.

Características: Cuenta con 10 ítems, se puntúan de 0 (Nada) a 3 (Mucho), los ítems están formulados en sentido negativo 5, y 5 en positivo, la puntuación posible es de mínima 0 a máxima 30 (ver anexo 1).

Cinco de los ítems están relacionados con la preocupación general por la IC: autoconsciencia, insatisfacción cuando se está vestida, dificultad para verse desnuda, alejarse de los otros por motivo de la apariencia física e insatisfacción corporal. Cinco ítems están relacionados con la experiencia del cáncer: sentirse menos atractiva físicamente, menor sensación de femineidad, menor atractivo sexual, insatisfacción por cicatrices, creencia de no estar completa.

De acuerdo con la puntuación presentada en la tesis “Modificaciones en la Imagen Corporal y la Autoestima en mujeres con Cáncer de mama después de participar en un Programa de ejercicios Físicos” de Miranda (2016) en población mexicana, el puntaje es:

- 20 a 30 puntos: Imagen corporal baja. Existen alteraciones significativas en la imagen corporal.

- 10 a 19 puntos: Imagen corporal media. No representa problemas de imagen corporal graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 10 puntos: Imagen corporal elevada. Considerada como imagen corporal normal.

Propiedades psicométricas. *Validez y confiabilidad:* Para confirmar la validez conceptual de este instrumento se ha realizado un análisis factorial (método de componentes principales, rotación varimax). El porcentaje de la varianza oscila entre 48.5% y 57.5%. El análisis factorial exploratorio para el cuestionario de imagen corporal muestra un solo factor el cual explica el 45.0% de la varianza y obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.84 en el análisis de consistencia interna.

4.10.2 Inventario de Autoestima de Coopersmith – versión adultos

Elaborada por Coopersmith en 1967, adaptada por Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortés en 1993 para población mexicana en el cual participaron 411 sujetos de la ciudad de México.

Objetivo: Medir las actitudes valorativas hacia uno mismo en las áreas personal, familiar y social de la experiencia de un sujeto.

Características: Consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas de si o no (ver anexo 2). La administración puede ser llevada a cabo en forma individual o grupal (colectivo). Tiene un tiempo aproximado de 20 minutos.

El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale un punto, asimismo, un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las subescalas multiplicadas por 4. La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí).

Los puntajes se obtienen haciendo uso de la clave de respuestas para proceder a la calificación. El puntaje se obtiene sumando el número de ítem respondidos en forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando éste por dos (4), siendo al final el puntaje máximo 100.

Subescalas:

- I. Sí mismo general: (13 Ítems) 1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,23,24,25.
- II. Social: (6 Ítems) 2, 5, 8,14,17,21.
- III. Familiar: (6 ítems) 6,9,11,16,20,22.

Categorías: Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

- 0 a 24 Nivel de Autoestima bajo
- 25 a 49 Nivel de Autoestima medio bajo
- 50 a 74 Nivel de Autoestima medio alto
- 75 a 100 Nivel de Autoestima alto

Propiedades psicométricas. Validez y confiabilidad: La media del Inventario de Autoestima fue de 17.55, con una desviación estándar de 4.6; con un rango de 2 a 25 puntos, una curtosis de 0.171 y simetría de -0.76. La validez de constructo del instrumento se evaluó estimando el poder de discriminación de los reactivos de las calificaciones altas y bajas por medio de pruebas T. Los resultados mostraron que todos los reactivos (ítems) discriminaron significativamente ($p = .05$). El coeficiente de confiabilidad encontrado al usar el Alfa de Cronbach es de 0.81.

4.10.3 Escala de Intimidad Sexual en la Pareja (EISP)

Elaborada por Lucia Edith Pantaleón García, esta escala se construyó para evaluar el grado de intimidad sexual de la pareja. Fue elaborado con base en las nociones de intimidad en su sentido más amplio y sus implicaciones en la interacción de la pareja romántica y pretende medir la intimidad sexual en la pareja mexicana.

Objetivo: Evaluar el lazo afectivo que favorece el proceso de compartir pensamientos, sentimientos y experiencias únicas de importancia personal, con alguien altamente significativo.

Características: El número de reactivos es de 91 en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de: Totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5) (ver anexo 3), de estos reactivos solo se utilizaron 58 ítems, dentro de las subescalas (*grado de contacto físico y confianza; autodivulgación y satisfacción sexual; contacto emocional; y expresión de amor*).

Para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 5, que en la escala de Likert es el puntaje más alto; para obtener el puntaje mínimo se multiplica el

número total de reactivos de cada factor por 1, que para el puntaje de Likert es el puntaje más bajo asignado.

Si rebasa la media de cada factor, se encuentra presente este aspecto, si es menor de la media, no está presente. Para saber si la calificación de cada factor tiende hacia la adecuada intimidad sexual, habrá de obtenerse el punto medio de cada factor, también llamado punto de corte, que es diferente en cada factor. Para obtener este punto de corte o punto medio multiplicamos el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la Escala de Likert es el punto medio.

Propiedades psicométricas. *Validez y confiabilidad:* Se realizó un análisis factorial obteniendo 13 factores con valor propio mayor de 1, que explicaron 76.3% de la varianza. De estos factores, se tomaron en consideración los primeros 8, que explicaron 70.55% de la varianza: Se incluyeron los reactivos que tenían la carga factorial mínima de 0.390. Los ocho factores son: Grado de contacto físico y confianza; autodivulgación y satisfacción sexual; gusto y bienestar mutuo; ternura; expresión de amor; contacto emocional; caricias; deseos.

Se observó que los factores obtenidos mostraron coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.84 a 0.98, los cuales confirman la estabilidad teórica y empírica de los elementos que componen la intimidad sexual. El alfa de Cronbach total de la escala fue de 0.9537.

4.11 Procedimiento

La presente investigación se desarrolló a partir de fases principales:

- Primera fase: se realizó una planificación de las actividades para el cumplimiento de la investigación. Además, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de sustentos teóricos y antecedentes literarios que sirvieran de base para la adecuación del marco teórico. De igual manera se definió tanto diseño de la investigación, tipo de estudio, escenario, criterios de inclusión y exclusión, así como los instrumentos para evaluar las variables puntualizadas.
- Segunda fase: después de agregar todas las bases teóricas al método, se procedió directamente con la investigación de campo. Se enviaron correos electrónicos a varias asociaciones civiles en apoyo a las mujeres mastectomizadas, donde se expuso la metodología de la investigación (qué se pretendía realizar y de qué manera).

- Tercera fase: se mandaron correos electrónicos a las asociaciones civiles Fundación Cima y Grupo de Recuperación Total RETO, A.C., quienes nos contactaron con las mujeres. Se envió la liga de los cuestionarios pertinentes (anexo 4).
- Cuarta fase: a las mujeres mastectomizadas se les dio un tiempo de 5 meses para poder pasar las pruebas y contestarlas, solo 14 mujeres mastectomizadas entre ambas asociaciones las respondieron.
- Quinta fase: al tener pocas mujeres mastectomizadas, se consideró comparar a la vez con 14 mujeres sin diagnóstico oncológico, por lo cual se buscaron a 14 de ellas cuyas edades estuvieran entre las de aquellas que hubiesen pasado por el procedimiento quirúrgico: 31 a 62 años.

4.12 Consideraciones éticas

De acuerdo con el aspecto ético de esta investigación, se priorizó la confidencialidad de la información proporcionada por las mujeres, comentando siempre que cualquier duda que existiese al respecto podría ser consultada con quienes realizamos el estudio. Asimismo, antes de comenzar a contestar las pruebas se solicitó que las mujeres leyeran y aceptaran un formato denominado “consentimiento informado” en donde se detalló la información y procedimiento de las pruebas.

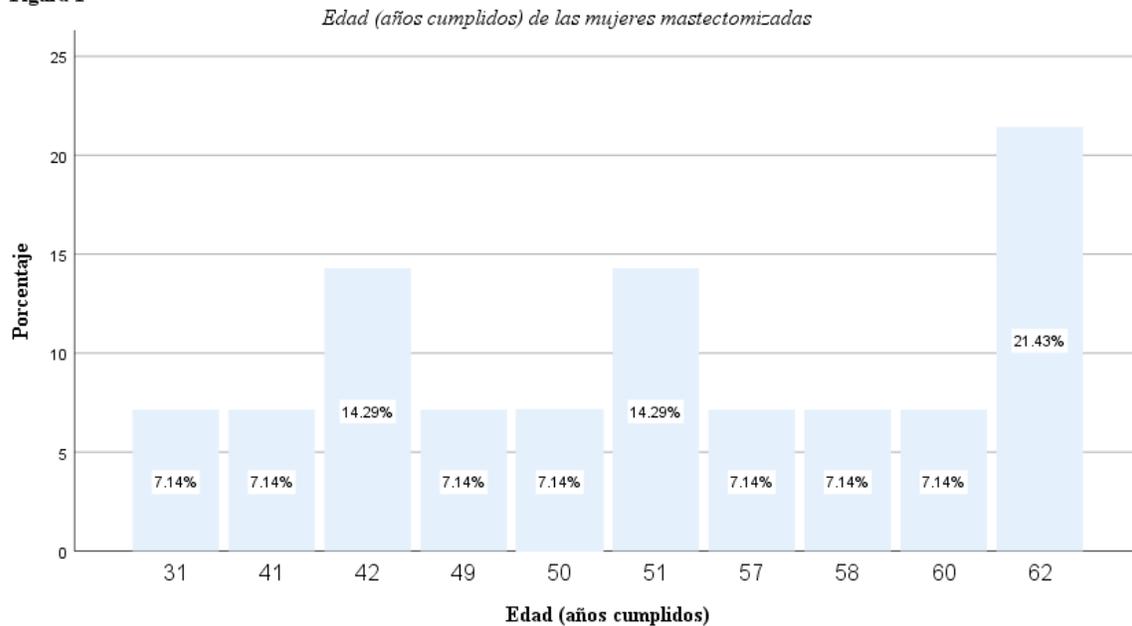
4.13 Análisis estadístico propuesto

Una vez recolectada la información, los datos pasaron por un proceso de análisis mediante el programa SPSS Statistics Base 22.0, para identificar las características de los datos y seleccionar si se requería de pruebas paramétricas o no paramétricas, con el objetivo de realizar un análisis descriptivo y correlacional de los datos. Se evaluó una asociación entre las variables utilizando la prueba estadística no paramétrica Correlación Bivariada Puntual, Spearman: imagen corporal, autoconcepto e intimidad sexual en las mujeres mastectomizadas.

Resultados

Las participantes fueron 14 mujeres mastectomizadas y 14 mujeres sin diagnóstico oncológico. El rango de edad de las 14 mujeres mastectomizadas se muestra en la figura 1, teniendo una media de 51; la edad mínima fue de 31 años y la máxima de 62 años. Solo el 57.1% de la muestra vive con su pareja e hijos; 14.3% vive sola; 14.3% vive con su padre o madre; 7.1% vive con su pareja; 7.1% vive con sus hijos. El 85.7% de la muestra tiene hijos.

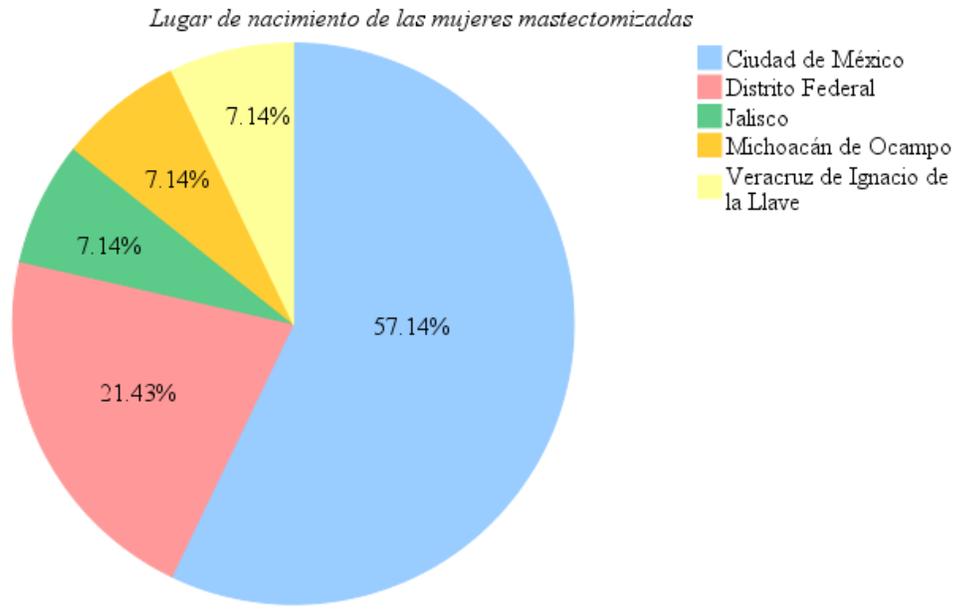
Figura 1



El 64.3% de las mujeres mastectomizadas participantes se encuentran actualmente casadas, mientras que el 21.4% se encuentran en soltería, 7.1% es divorciada y el otro 7.1% se encuentra viuda. Al evaluar si su pareja la abandonó durante el diagnóstico, sólo el 7.1% respondió afirmativamente.

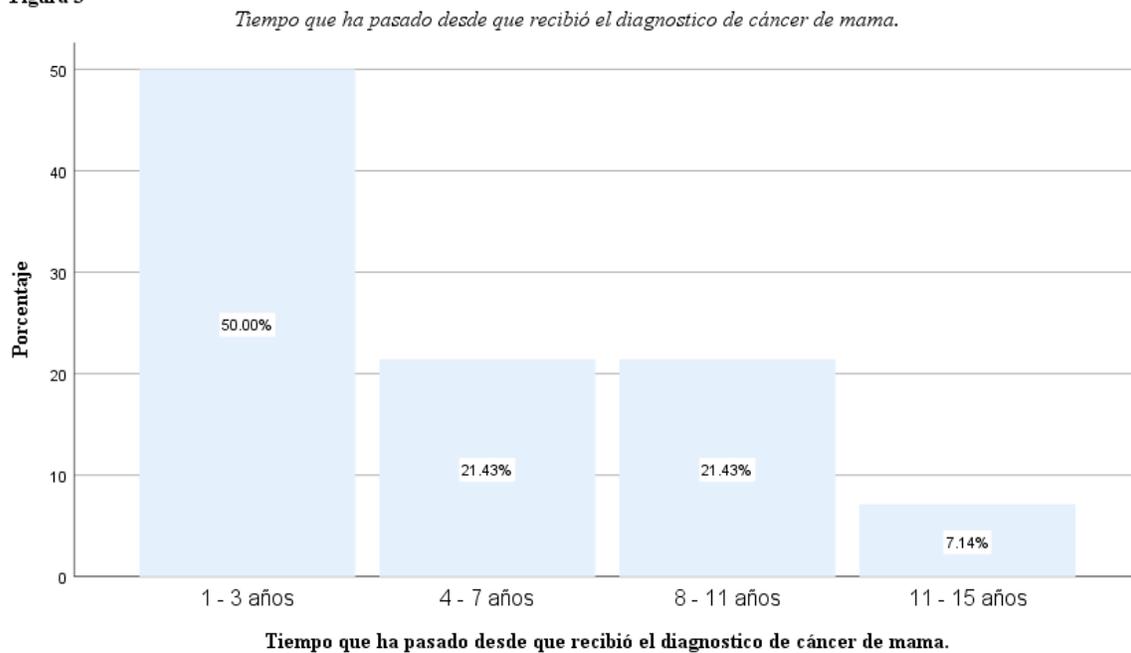
Considerando el alcance de este estudio se preguntó por su lugar de origen de la muestra encuestada, como se puede observar en la figura 2. La ciudad de México tiene mayor presencia, seguida de Distrito Federal, Jalisco, Michoacán de Ocampo y Veracruz de Ignacio de la Llave, sucesivamente. Con respecto a la escolaridad de las mujeres, se mostró una mayor frecuencia en las escolaridades de preparatoria y carrera técnica, teniendo un 28.6% respectivamente, seguidas por las escolaridades de secundaria, licenciatura y maestría con un 14.3% cada una.

Figura 2



Se distribuyeron los resultados por grupos de tiempo, para conocer cuánto tiempo ha pasado desde que recibió el diagnóstico de cáncer. El rango más alto fue 1 a 3 años, con el 50% de la población, seguidos de 4 a 7 años con 21.4% y 8 a 11 años, con el mismo porcentaje, siendo el menor de 11 a 15 años con un 7.1% (figura 3). El 71.4% de las mujeres están en seguimiento tras el tratamiento, mientras que el 21.4% continúa con quimioterapias.

Figura 3

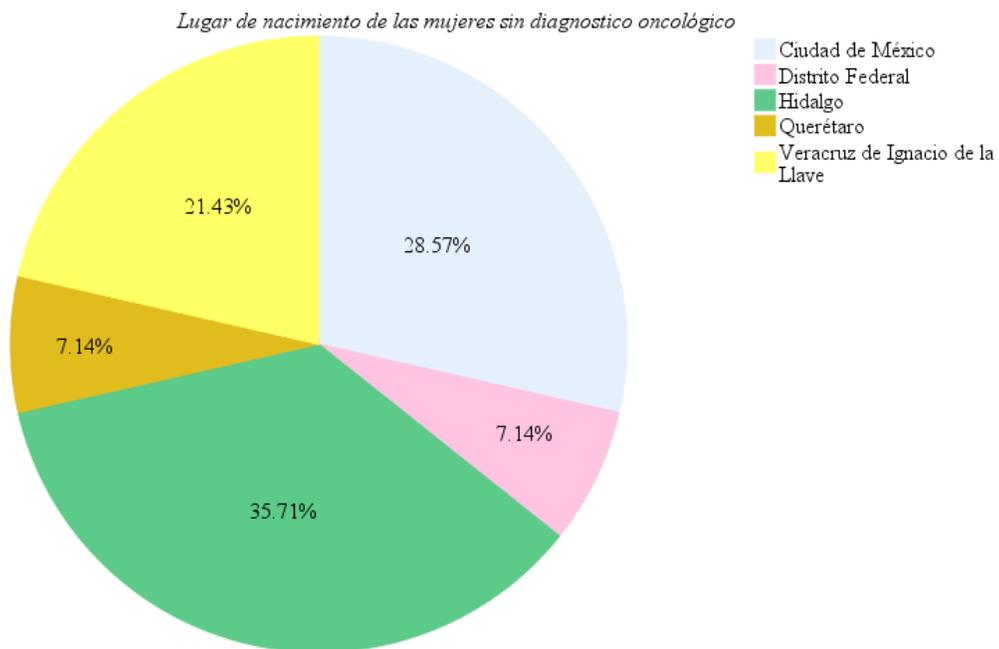


Las 14 mujeres sin diagnóstico oncológico tienen un rango de edad igual que las mujeres mastectomizadas, con una media de 51. La edad mínima fue de 31 años y la máxima de 62 años. Con la diferencia que el 64.3% de la población vive con su pareja e hijos, 14.3% vive sola, 14.3% vive con su padre o madre y 7.1% vive con sus hijos. Por lo cual solo el 92.9% de la muestra tiene hijos.

El 57.1% de las mujeres sin diagnóstico oncológico participantes se encuentran actualmente casadas, mientras que el 21.4% se encuentran en soltería, 14.3% es viuda y el 7.1% se encuentra en unión libre.

De igual forma preguntó por su lugar de origen, como se puede observar en la figura 4. Hidalgo tiene mayor presencia, seguido de Ciudad de México, Veracruz de Ignacio de la Llave, Distrito Federal y Querétaro, sucesivamente. Con respecto a la escolaridad de las mujeres sin diagnóstico oncológico, se mostró una mayor frecuencia en la escolaridad de licenciatura con un 42.9%, seguida por la de secundaria y carrera técnica, teniendo un 21.4% respectivamente, y finalmente la de preparatoria con un 14.3%.

Figura 4



A continuación, se describen las medias y desviaciones estándar del total de cada prueba aplicada a las 14 mujeres mastectomizadas, como se marca en la tabla 1:

Tabla 1.

Media y desviación estándar de las pruebas aplicadas a las mujeres mastectomizadas

| | M | DE |
|--|-------|--------|
| Total de Escala de Imagen Corporal (Hopwood, 2001) | 8.29 | 7.184 |
| Total de Inventario de Autoestima (Coopersmith, 1963) | 72.57 | 19.712 |
| Total de Escala 1. Grado de Contacto físico y confianza | 44.73 | 18.161 |
| Total de Escala 2. Autodivulgación y satisfacción sexual | 51.36 | 26.575 |
| Total de Escala 3. Contacto emocional | 6.91 | 3.015 |
| Total de Escala 4. Expresión de amor | 13.64 | 5.573 |

Escala de Imagen Corporal de Hopwood

La media total de los resultados en las mujeres mastectomizadas es de 8.29. Con respecto a los rangos de calificación de la prueba, las mujeres tienen una imagen corporal elevada, considerada como imagen corporal normal siendo que no se presenta una alteración de la misma. Como se observa en la tabla 2, únicamente el 7.1% de las 14 mujeres mastectomizadas tiene una alteración significativa en su imagen corporal y el 21.4% no representa problemas graves, aunque es conveniente que se mejore la percepción de la imagen.

Tabla 2.

Frecuencias de la alteración de Imagen Corporal en mujeres mastectomizadas

| | Alteración de Imagen Corporal | |
|--|-------------------------------|-------|
| | n | % |
| Considerada como imagen corporal normal | 10 | 71.4 |
| No representa problemas de imagen corporal graves, pero es conveniente mejorarla | 3 | 21.4 |
| Existen alteraciones significativas en la imagen corporal | 1 | 7.1 |
| Total | 14 | 100.0 |

A pesar de que las mujeres mastectomizadas que se estudiaron mostraron tener una buena imagen corporal, hay unas preguntas en la prueba que demuestran un aparente disgusto por la misma, como lo son las pregunta número uno, dos, ocho y diez. De acuerdo con la tabla 3, a juzgar por las respuestas a la primera pregunta, al menos el 57.1% de las mujeres mastectomizadas se encuentra un poco avergonzada por su cuerpo; ellas conforman cerca de la mitad de la muestra. De igual, en la tabla 3 se puede observar que el 42.9% de las mujeres se siente menos atractiva físicamente

después de la mastectomía. Con respecto a la pregunta número ocho, el 42.9% de las mujeres se sienten incompleta, al menos un poco, tras la mastectomía. Asimismo, se puede observar que la última pregunta, enfocada en la cicatriz que deja el proceso de la mastectomía, presenta al menos el 50% de las mujeres mastectomizadas se sienten insatisfechas con la apariencia de su cicatriz.

Tabla 3.

Preguntas 1, 2, 8 y 10 de la Escala de Imagen Corporal de Hopwood (2001)

| | Pregunta 1 | | Pregunta 2 | | Pregunta 8 | | Pregunta 10 | |
|----------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|-------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Nada | 4 | 28.6 | 6 | 42.9 | 4 | 28.6 | 4 | 28.6 |
| Un poco | 8 | 57.1 | 6 | 42.9 | 6 | 42.9 | 7 | 50.0 |
| Bastante | 1 | 7.1 | 2 | 14.3 | 3 | 21.4 | 3 | 21.4 |
| Mucho | 1 | 7.1 | 0 | 0.0 | 1 | 7.1 | 0 | 0.0 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 |

Nota:

1. ¿Se ha sentido avergonzada por su apariencia?
2. ¿Se siente menos atractiva físicamente a causa de su enfermedad o su tratamiento?
8. ¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo incompleto?
10. ¿Se ha sentido insatisfecha con la apariencia de su cicatriz?

Inventario de Autoconcepto de Coopersmith

La media total de las mujeres mastectomizadas es de 72.57 (tabla 1). Con respecto a los rangos de calificación de la prueba, las mujeres mastectomizadas tienen una autoestima media alta, De igual forma como se observa en la tabla 4, únicamente el 7.1% de las mujeres mastectomizadas presentan una autoestima baja y media baja respectivamente.

Tabla 4.

Frecuencias del nivel de Autoestima en mujeres mastectomizadas

| | Nivel de Autoestima | |
|--------------------------------|---------------------|-------|
| | n | % |
| Nivel de Autoestima Bajo | 1 | 7.1 |
| Nivel de Autoestima Medio Bajo | 1 | 7.1 |
| Nivel de Autoestima Medio Alto | 2 | 14.3 |
| Nivel de Autoestima Alto | 10 | 71.4 |
| Total | 14 | 100.0 |

En algunos reactivos de la prueba se pueden notar el contraste con el resultado general obtenido en este instrumento dentro de las tres subescalas. Empezando con la de sí mismo, se puede percibir

que, de acuerdo con la pregunta número uno, el 42.9% de las mujeres les afectan los problemas, en general (tabla 5). Dentro de la misma subescala, la pregunta número siete indica que el 35.7% de las mujeres mastectomizadas le cuesta trabajo acostumbrarse a algo nuevo.

Tabla 5.

Preguntas de la subescala sí mismo: 1 y 7 del Inventario de Autoconcepto de Coopersmith (1967)

| | Pregunta 1 | | Pregunta 7 | |
|-------|------------|-------|------------|-------|
| | n | % | n | % |
| No | 6 | 42.9 | 5 | 35.7 |
| Sí | 8 | 57.1 | 9 | 64.3 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 |

Nota:

- 1. Generalmente los problemas me afectan poco
- 7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo

La segunda subescala es el área social, en donde la pregunta número ocho muestra que el 42.9% de las mujeres mastectomizadas no se considera una persona popular entre las personas de su edad (tabla 6). También en la pregunta número diecisiete, se muestra que el 50% con frecuencia siente disgusto (tabla 6).

Tabla 6.

Preguntas de la subescala área social: 8 y 17 del Inventario de Autoconcepto de Coopersmith (1967)

| | Pregunta 8 | | Pregunta 17 | |
|-------|------------|-------|-------------|-------|
| | n | % | n | % |
| No | 6 | 42.9 | 7 | 50.0 |
| Sí | 8 | 57.1 | 7 | 50.0 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 |

Nota:

- 8. Soy una persona popular entre las personas de mi edad
- 17. Con frecuencia siento disgusto

Las siguientes dos preguntas son respecto a la subescala familiar. Según las respuestas a la pregunta nueve, el 35.7% de las mujeres mastectomizadas comentan que sus familias no toman en consideración sus sentimientos (tabla 7). Asimismo, la pregunta número veintidós: el 64.3% de las mujeres mastectomizadas sienten que sus familias las presionan.

Tabla 7.

Preguntas de la subescala familiar: 9 y 22 del Inventario de Autoconcepto de Coopersmith (1967)

| | Pregunta 9 | | Pregunta 22 | |
|-------|------------|-------|-------------|-------|
| | n | % | n | % |
| No | 5 | 35.7 | 5 | 35.7 |
| Sí | 9 | 64.3 | 9 | 64.3 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 |

Nota:

9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos

22. Siento que mi familia me presiona

Escala de Intimidad Sexual en la Pareja

Subescala: Grado de contacto físico y confianza

La media total de las mujeres es de 44.73. Con respecto al punto de corte de esta subescala, las mujeres no presentan un grado de contacto físico y de confianza (tabla 1). Únicamente el 7.1% de las 14 mujeres mastectomizadas no presentan un grado de contacto físico y confianza con su pareja (tabla 8).

Tabla 8.

Escala 1. Grado de contacto físico y confianza

| | Grado de contacto físico y confianza | |
|--------------------------|--------------------------------------|-------|
| | n | % |
| No se encuentra presente | 10 | 71.4 |
| Se encuentra presente | 1 | 7.1 |
| Total | 11 | 78.6 |
| Sin pareja | 3 | 21.4 |
| Total | 14 | 100.0 |

Dentro de esta subescala las preguntas número seis, nueve, quince y diecisiete muestran puntuaciones altas, donde contrasta con el resultado general; como se puede observar en la tabla 9, el 42.9% y el 21.4% responden afirmativa a la pregunta seis.

Tabla 9.

Preguntas 6, 9, 15 y 17 de la Escala de Intimidad Sexual en la Pareja (Panteón, s.f)

| | Pregunta 6 | | Pregunta 9 | | Pregunta 15 | | Pregunta 17 | |
|-----------------------|------------|------|------------|------|-------------|------|-------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Totalmente de acuerdo | 6 | 42.9 | 5 | 35.7 | 7 | 50.0 | 6 | 42.9 |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| De acuerdo | 3 | 21.4 | 4 | 28.6 | 3 | 21.4 | 4 | 28.6 |
| Ni de acuerdo ni desacuerdo | 1 | 7.1 | 2 | 14.3 | 0 | 0 | 1 | 7.1 |
| En desacuerdo | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7.1 | 0 | 0 |
| Totalmente en desacuerdo | 1 | 7.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 11 | 78.6 | 11 | 78.6 | 11 | 78.6 | 11 | 78.6 |
| Sin pareja | 3 | 21.4 | 3 | 21.4 | 3 | 21.4 | 3 | 21.4 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 |

Nota:

6. Mi pareja hace todo lo posible por satisfacerme

9. Me agrada expresar frases que hacen sentir bien a mi pareja

15. Mi pareja es cálida conmigo

17. Me complace saber que mi pareja corresponde a los juegos durante nuestra relación sexual

En la pregunta nueve, el 35.7% y el 28.6% de las mujeres mastectomizadas respondieron afirmativamente que les agrada expresar frases que hagan sentir bien a sus parejas en cierta medida. De igual manera, como se observa en la tabla 9, el 50% y el 21.4% afirman que su pareja es cálida con ellas. Por último, la pregunta 17 de esta primera escala se centra en la complacencia que les dan sus parejas al durante la relación sexual mediante juegos, en donde el 42.9% y el 28.6% de las mujeres contesta afirmativamente (tabla 9).

Subescala: Autodivulgación y satisfacción sexual

La media total de las mujeres es de 51.36. Con respecto al punto de corte de está subescala, las mujeres no presentan una autodivulgación y satisfacción sexual (tabla 1). Por lo tanto, solo el 7.1% de las 14 mujeres mastectomizadas la presentan (tabla 10).

Tabla 10.

Escala 2. Autodivulgación y satisfacción sexual

| | Autodivulgación y satisfacción sexual | |
|--------------------------|---------------------------------------|-------|
| | n | % |
| No se encuentra presente | 10 | 71.4 |
| Se encuentra presente | 1 | 7.1 |
| Total | 11 | 78.6 |
| Sin pareja | 3 | 21.4 |
| Total | 14 | 100.0 |

Algunas preguntas marcan porcentajes altos. Por ejemplo, la pregunta 28 (tabla 11), se puede observar que el 28.6% y el 35.7% de las mujeres responden afirmando que les gusta en cierta medida lo que sus parejas les hacen cuando tienen intimidad.

Tabla 11.

Preguntas 28, 29, 32 y 45 de la Escala de Intimidad Sexual en la Pareja (Panteón, s.f)

| | Pregunta 28 | | Pregunta 29 | | Pregunta 32 | | Pregunta 45 | |
|-----------------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Totalmente de acuerdo | 4 | 28.6 | 4 | 28.6 | 7 | 50.0 | 3 | 21.4 |
| De acuerdo | 5 | 35.7 | 5 | 35.7 | | | 6 | 42.9 |
| Ni de acuerdo ni desacuerdo | 2 | 14.3 | 1 | 7.1 | 3 | 21.4 | 1 | 7.1 |
| En desacuerdo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totalmente en desacuerdo | 0 | 0 | 1 | 7.1 | 1 | 7.1 | 1 | 7.1 |
| Total | 11 | 78.6 | 11 | 78.6 | 11 | 78.6 | 11 | 78.6 |
| Sin pareja | 3 | 21.4 | 3 | 21.4 | 3 | 21.4 | 3 | 21.4 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 |

Nota:

28. Me gusta lo que hace mi pareja cuando estamos juntos

29. Me gusta complacer a mi pareja después de un acuerdo mutuo

32. Disfruto intensamente el acercamiento físico con mi pareja

45. Hago saber a mi pareja cuando algo no me satisface

El 28.6% y el 35.7% de las mujeres mastectomizadas responden que, a cierto nivel, les gusta complacer a su pareja después de un acuerdo mutuo (tabla 11). En la pregunta 32, como se observa en la tabla 9, el 50% de las mujeres mastectomizadas están totalmente de acuerdo en disfrutar el acercamiento físico con sus parejas. Por último, en esta escala, la pregunta 45 (tabla 11) se muestra que el 21.4% y el 42.9% de las mujeres mastectomizadas les hacen saber a sus parejas cuando algo no las satisface.

Subescala: Contacto emocional

La media total de las mujeres es de 6.91. Con respecto al punto de corte de esta subescala, las mujeres no presentan una autodivulgación y satisfacción sexual (tabla 1). El 71.4% de las mujeres mastectomizadas no tienen presente esta subescala (tabla 12).

Tabla 12.*Escala 3. Contacto emocional*

| | Contacto emocional | |
|--------------------------|--------------------|-------|
| | n | % |
| No se encuentra presente | 10 | 71.4 |
| Se encuentra presente | 1 | 7.1 |
| Total | 11 | 78.6 |
| Sin pareja | 3 | 21.4 |
| Total | 14 | 100.0 |

En esta subescala, las preguntas que hacen la mayor diferencia son la 49 y 51. La pregunta 49, como se observa en la tabla 13, muestra que el 35.7% y el 28.6% de las mujeres mastectomizadas les gusta que sus parejas las abracen durante su encuentro sexual. De igual manera en la pregunta 51 (tabla 13) el 90.9% de las mujeres mastectomizadas les gusta que sus parejas le acaricien las espaldas.

Tabla 13.*Preguntas 49 y 51 de la Escala de Intimidad Sexual en la Pareja (Panteón, s.f)*

| | Pregunta 49 | | Pregunta 51 | |
|-----------------------------|-------------|-------|-------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Totalmente de acuerdo | 5 | 35.7 | 5 | 35.7 |
| De acuerdo | 4 | 28.6 | 5 | 35.7 |
| Ni de acuerdo ni desacuerdo | 2 | 14.3 | 0 | 0 |
| En desacuerdo | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totalmente en desacuerdo | 0 | 0 | 1 | 7.1 |
| Total | 11 | 78.6 | 11 | 78.6 |
| Sin pareja | 3 | 21.4 | 3 | 21.4 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 |

Nota:

49. Me gusta que mi pareja me abrace durante nuestra relación sexual

51. Me gusta acariciar la espalda de mi pareja

Subescala: Expresión de amor

La media total de las mujeres es de 13.64. Con respecto al punto de corte de esta subescala, las mujeres no presentan una expresión de amor (tabla 1). Únicamente el 7.1% de las mujeres mastectomizadas tienen presente esta subescala (tabla 14).

Tabla 14.*Escala 4. Expresión de amor*

| | Expresión de amor | |
|--------------------------|-------------------|-------|
| | n | % |
| No se encuentra presente | 10 | 71.4 |
| Se encuentra presente | 1 | 7.1 |
| Total | 11 | 78.6 |
| Sin pareja | 3 | 21.4 |
| Total | 14 | 100.0 |

En esta subescala se encuentran tres preguntas que difieren del resultado general, véase tabla 15, como lo son: la pregunta 52 muestra el 21.4% y el 42.9% de las mujeres mastectomizadas están de acuerdo en que les gusta, en cierta medida, hacer sentir a sus parejas el amor que les profesan; la pregunta 54 muestra que el 81.8% de las mujeres mastectomizadas suelen expresar a sus parejas cuanto las aman y por último, en la pregunta 56 el 35.7% y el 28.6% de las mujeres mastectomizadas toman en consideración la opinión de sus parejas al emprender un juego sexual en su intimidad.

Tabla 15.*Preguntas 52, 54 y 56 de la Escala de Intimidad Sexual en la Pareja (Panteón, s.f)*

| | Pregunta 52 | | Pregunta 54 | | Pregunta 56 | |
|-----------------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Totalmente de acuerdo | 3 | 21.4 | 2 | 14.3 | 5 | 35.7 |
| De acuerdo | 6 | 42.9 | 7 | 50.0 | 4 | 28.6 |
| Ni de acuerdo ni desacuerdo | 1 | 7.1 | 1 | 7.1 | 1 | 7.1 |
| Desacuerdo | | | 1 | 7.1 | | |
| Totalmente en desacuerdo | 1 | 7.1 | | | 1 | 7.1 |
| Total | 11 | 78.6 | 11 | 78.6 | 11 | 78.6 |
| Sin pareja | 3 | 21.4 | 3 | 21.4 | 3 | 21.4 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 |

Nota:

52. Me gusta hacer sentir a mi pareja el amor que siento por él (ella)

54. Suelo expresar a mi pareja cuánto la (lo) amo

56. Considero la opinión de mi pareja al emprender un juego durante la relación sexual

Comprobación de hipótesis

- **Imagen Corporal y Autoestima**

Existe una asociación negativa casi moderada entre la imagen corporal y la autoestima en las mujeres mastectomizadas (ver tabla 16).

Tabla 16.

Correlación Biserial Puntual entre Imagen Corporal y Autoestima en mujeres mastectomizadas

| | | Total de Inventario de Autoestima | Total de Escala de Imagen Corporal |
|--------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Total de Inventario de Autoestima | Correlación de Pearson | 1 | -.475 |
| | Sig. (bilateral) | | .086 |
| | N | 14 | 14 |

- **Autoestima e Intimidad Sexual**

Existe una asociación positiva débil entre la autoestima y las escalas 1,2 y 3 del inventario de intimidad sexual en mujeres mastectomizadas (ver tabla 17). De igual manera existe una asociación negativa débil entre la autoestima y la escala 4 del inventario de intimidad sexual en mujeres mastectomizadas (ver tabla 17).

Tabla 17.

Correlación Biserial Puntual entre Autoestima e Intimidad Sexual

| | | Total de Inventario de Autoestima |
|--|------------------------|-----------------------------------|
| Total de Escala 1. Grado de Contacto físico y confianza | Correlación de Pearson | .083 |
| | Sig. (bilateral) | .808 |
| | N | 11 |
| Total de Escala 2. Autodivulgación y satisfacción sexual | Correlación de Pearson | .115 |
| | Sig. (bilateral) | .736 |
| | N | 11 |
| Total de Escala 3. Contacto emocional | Correlación de Pearson | .102 |
| | Sig. (bilateral) | .765 |
| | N | 11 |
| Total de Escala 4. Expresión de amor | Correlación de Pearson | -.107 |
| | Sig. (bilateral) | .755 |
| | N | 11 |

11

- **Imagen Corporal e Intimidad Sexual**

En la tabla 18 es posible observar que existe una asociación positiva débil entre la imagen corporal y las escalas 2 y 3 del inventario de intimidad sexual en mujeres mastectomizadas. Así mismo, existe una asociación positiva moderada entre la imagen corporal y la escala 1 del inventario de intimidad sexual en mujeres mastectomizadas, además de una asociación positiva casi moderada entre la imagen corporal y la escala 4 del inventario de intimidad sexual en mujeres mastectomizadas.

Tabla 18.

Correlación de Spearman entre Imagen Corporal e Intimidad Sexual

| | | Total de Escala de Imagen Corporal | |
|-----------------|--|------------------------------------|------|
| Rho de Spearman | Total de Escala 1. Grado de Contacto físico y confianza | Coefficiente de correlación | .601 |
| | | Sig. (bilateral) | .051 |
| | | N ^a | 11 |
| | Total de Escala 2. Autodivulgación y satisfacción sexual | Coefficiente de correlación | .317 |
| | | Sig. (bilateral) | .343 |
| | | N ^a | 11 |
| | Total de Escala 3. Contacto emocional | Coefficiente de correlación | .233 |
| | | Sig. (bilateral) | .491 |
| | | N ^a | 11 |
| | Total de Escala 4. Expresión de amor | Coefficiente de correlación | .495 |
| | | Sig. (bilateral) | .121 |
| | | N ^a | 11 |

Comparación entre mujeres mastectomizadas y sin diagnóstico oncológico.

Imagen Corporal

La imagen corporal es igual entre mujeres mastectomizadas y sin diagnóstico oncológico (tabla 19).

Tabla 19.

Resultados de la prueba U de Mann-Whitney de Imagen Corporal entre mujeres mastectomizadas y sin diagnóstico oncológico

| | Alteración de Imagen Corporal |
|--|-------------------------------|
| U de Mann-Whitney | 76.500 |
| Z | -1.484 |
| Sig. asintótica(bilateral) | .138 |
| Significación exacta [2*(sig. unilateral)] | .329 ^b |

Nota: b. No corregido para empates.;

Autoestima

Se encontraron diferencias en la autoestima entre mujeres mastectomizadas y sin diagnóstico oncológico ($X^2 = 19.077$ con $df = 3$ y una significancia de 0.000). Como se observa en la tabla 20, las mujeres sin diagnóstico oncológico cuentan con una mayor proporción en el nivel de autoestima media alta (92.9%) que las mujeres mastectomizadas (14.3%), siendo las mujeres mastectomizadas con un nivel de autoestima alto (71.4%) en comparación a las mujeres no mastectomizadas (0%).

Tabla 20.

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 19.067 ^a | 3 | .000 |
| N de casos válidos | 28 | | |

Nota: a. 4 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .50.; X^2 de los resultados de mujeres mastectomizadas y mujeres sin diagnóstico oncológico.

Intimidad sexual

Como se observa en la tabla 21, las escalas 1,2,3 y 4 del Inventario de intimidad sexual son iguales entre las mujeres mastectomizadas y sin diagnóstico oncológico.

Tabla 21.*Estadísticos de prueba^a*

| | Escala 1. Grado de contacto físico y confianza | Escala 2. Autodivulgación y satisfacción sexual | Escala 3. Contacto emocional | Escala 4. Expresión de amor |
|---|--|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| U de Mann-Whitney | 67.000 | 67.000 | 67.000 | 61.500 |
| Z | -.455 | -.455 | -.455 | -.897 |
| Sig. asintótica(bilateral) | .649 | .649 | .649 | .370 |
| Significación exacta [2*(sig. unilateral)] | .820 ^b | .820 ^b | .820 ^b | .569 ^b |

Nota: a. Variable de agrupación: Mujeres; b. No corregido para empates.; U de Mann-Whitney de Inventario de Intimidad Sexual entre mujeres mastectomizadas y sin diagnóstico oncológico

Una vez descritos los resultados de la presente investigación, se da paso a la discusión y conclusiones finales.

Discusión

El objetivo general planteado de este estudio era saber si existe una correlación entre imagen corporal, autoconcepto e intimidad sexual, mediante la aplicación de las tres pruebas: Escala de Imagen Corporal (BIS), Autoestima de Coopersmith y Escala de Intimidad Sexual en la Pareja (EISP). Dichas pruebas se realizaron a 14 mujeres mastectomizadas que cumplieran los criterios de inclusión, y fueron aplicadas vía internet mediante Google Form (anexo 4). Se inició con un cuestionario de datos sociodemográficos, aplicando posteriormente los tres instrumentos ya mencionados. Asimismo, se realizó una comparación entre los resultados de las pruebas mencionadas ante una población de 14 mujeres sin diagnóstico oncológico.

Imagen corporal

De acuerdo con el marco teórico, la imagen corporal está construida por las percepciones, pensamientos y sentimientos de la persona relacionadas con su cuerpo (Grogan, 2016); es subjetiva, ya que depende de lo que cada uno siente ante sí mismo. En el caso de las mujeres mastectomizadas, como se ha mostrado en Rosenberg et al. (2013), su percepción es alterada por el proceso quirúrgico al cual fueron sometidas, teniendo como consecuencias la degradación hacia su valoración personal, su pérdida de sentirse mujeres.

En el presente estudio se observa que después del proceso de intervención quirúrgica, las mujeres mastectomizadas tienen una imagen corporal alta, es decir, normal. Es preciso considerar que este resultado es obtenido años después de la operación; si se aplicaran las mismas pruebas a mujeres una semana después de haber sido mastectomizadas, ellas probablemente mostrarán un resultado diferente. Se debe de tomar en cuenta que las mujeres mastectomizadas se encuentran vulnerables ante su nueva situación después de una operación de esta magnitud.

Es importante mencionar que, a pesar de que las mujeres estudiadas en general tienen una aparente una buena imagen corporal, en ciertos reactivos de la prueba no parece ser así, como se revisará a continuación:

- En la pregunta número 1 “¿Se ha sentido avergonzada por su apariencia?”, el 57.1% de las mujeres mastectomizadas responden a “un poco” (más de la mitad de mujeres). Hay que hacer hincapié en la perspectiva que ellas toman al contestar esta pregunta.

- En la pregunta número 2 “¿Se siente menos atractiva físicamente a causa de su enfermedad o su tratamiento?”, se tiene que el 42.9% de las mujeres mastectomizadas respondieron “un poco”. Asimismo, la pregunta número 6, “¿Se ha sentido menos atractiva sexualmente a causa de la enfermedad o tratamiento?”, el 64.3% de las mujeres mastectomizadas responden afirmativamente; incluso después de tiempo tras la operación, las mujeres no están a gusto con su cuerpo, ven cotidianamente sus cicatrices. De acuerdo con Vázquez et al (2010; como se cita en Navarro, 2017), este sentimiento de pérdida del atractivo físico se debe en gran parte a la asimetría que ha quedado en su cuerpo: a las mujeres les hace falta uno o ambos senos, cuya ausencia se hace evidente al momento de vestirse.
- En la pregunta número 8, “¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo incompleto?”, así como la pregunta número 10, “¿Se ha sentido insatisfecha con la apariencia de su cicatriz?”, un poco más de la mitad de las mujeres mastectomizadas responden afirmativamente, lo cual reafirma a Baptista et al. (2012), quienes indican que las mujeres mastectomizadas evitan la desnudez, así como mirarse o tocar las cicatrices que les ha dejado la mastectomía, debido a que se sienten menos atractivas física y eróticamente.

Cuando una persona se ve sometida a cualquier situación que requiera una intervención quirúrgica, existe por lo regular ciertas expectativas adversas, sobre todo cuando esta intervención consiste en la amputación de una parte del cuerpo. Podría esperarse que las participantes dieran testimonio de una imagen corporal negativa, sin embargo, como se puede ver en este estudio, existe un porcentaje positivo. Así, puede interpretarse que las mujeres analizadas serán personas más resilientes ante cambios adversos y drásticos. Por otra parte, la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas muestra resultados similares a los de la investigación de Miranda (2016), Juárez y Landero (2014), en donde no se encontraron cambios significativos en la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas participantes.

Una vez revisada la variable Imagen corporal, a continuación, se abordará la variable Autoconcepto.

Autoconcepto

De acuerdo con Liranzo y Hernández (2014) mencionan que uno no nace con un autoconcepto, sino que este se va formando mediante la relación con el contexto. Así mismo existe el comentario de Mejía et al. (2011, como se cita en Panesso y Arango, 2017), quienes sostienen que el autoconcepto y la autoestima van a favorecer el sentido de la propia identidad. Sin embargo, una mujer que ha pasado por una mastectomía percibe este cambio como lo peor que le podría pasar, ya que se siente incompleta, como fue mencionado en el estado del arte del presente documento, se han considerado a los pechos de las mujeres como el principal símbolo de feminidad, por lo que su amputación les hace perder aquello que las define como mujer.

Las mujeres mastectomizadas del presente estudio tuvieron como resultado general una autoestima media alta. La mayoría de sus respuestas a los cuestionamientos son afirmativas; considerando el tiempo transcurrido, las mujeres mastectomizadas tienen un buen autoconcepto. Así mismo, la autoestima en mujeres mastectomizadas muestra resultados similares a la investigación de Miranda (2016), donde la autoestima no se ve afectada significativamente aun a pesar del diagnóstico de la enfermedad y la intervención quirúrgica.

A continuación, se discutirá los hallazgos encontrados con respecto a la variable Intimidad sexual.

Intimidad sexual

En cuanto a la intimidad sexual Lopes et al. (2016) nos refieren que las mujeres mastectomizadas, durante el acto sexual, suelen cubrir su cuerpo cerca de la zona donde se le realizó la cirugía. Con esto, la intimidad entre parejas puede verse afectada; con más razón, si la pareja estuvo presente durante el proceso de mastectomización y no abandonó a la mujer en el proceso.

De la prueba de Intimidad sexual de Pantaleón (s.f.; como se cita en García, 2013) solo se utilizaron 58 ítems de 91, dentro de las subescalas: *Grado de contacto físico y confianza*, *Autodivulgación y satisfacción sexual*, *Contacto emocional* y *Expresión de amor*. Más de la mitad de las mujeres mastectomizadas no presentan las características de las subescalas de la prueba.

A pesar de no poseer con dichas subescalas, algunos reactivos muestran resultados contrarios a la percepción general, por lo que se considera importante revisarlos. Por ejemplo:

En la pregunta número 6, “*Mi pareja hace todo lo posible por satisfacerme*”, y la pregunta número 9, “*Me agrada expresar frases que hacen sentir bien a mi pareja*”, más de la mitad de las mujeres mastectomizadas responden afirmativamente.

El análisis de esta variable se puede discutir desde varios aspectos. Como se puede observar, más de la mitad de las mujeres no presentan las características de las subescalas de la prueba, sin embargo, la otra mitad de las participantes muestran características que pudieran estar asociadas con sus interacciones personales. Muestra de ello es que algunas mujeres reportan no haber tenido parejas antes de la mastectomía, otras mujeres se separaron a partir del diagnóstico y otras mujeres reportan que su relación de pareja se ha visto comprometida como producto de las reacciones de la intervención, presentando dolores intensos relacionados con la operación o durante las relaciones sexuales, incomodidad ante el contacto físico, así como la dificultad en la expresión adecuada de las emociones.

Comentando, a manera de cerrar este apartado de discusión de los resultados, se considera importante diseñar programas de corte psicológico, multidisciplinario y transdisciplinario que se orienten a los diferentes niveles del proceso posterior tras una mastectomía. A lo largo del presente estudio se pudo observar cómo las mujeres que se ven involucradas en un proceso quirúrgico lo afrontan de acuerdo con sus recursos, y se han vistos sus percepciones sobre diversos aspectos personales tras haber luchado contra el cáncer.

Un programa psicológico permitiría que las mujeres desarrollaran o perfeccionaran ciertas habilidades de afrontamiento, resiliencia y toma de decisiones que se adecuen a su nueva condición, tanto a nivel de imagen corporal como de percepción psicológica de la vida. Por otro lado, contar con programas multidisciplinarios y transdisciplinarios, permitiría a las mujeres mastectomizadas tener una recuperación integral de su nueva vida.

En una futura etapa de esta investigación, se pretende realizar un diseño orientado a fortalecer aquellas habilidades que las mujeres en esta condición no poseen o que, si las poseen, están disminuidas.

A continuación, en el siguiente apartado se describirán las conclusiones del presente estudio.

Conclusión

La presente investigación concluye que, al asociar las variables, es posible observar que la imagen corporal y la autoestima son una asociación negativa casi moderada: mientras sube una variable, la otra baja. Si la imagen corporal en las mujeres mastectomizadas aumenta, su autoestima disminuye. De igual manera, la autoestima y la intimidad sexual son una asociación positiva débil: ambas variables aumentan al mismo tiempo. Por último, las variables imagen corporal e intimidad sexual también son una asociación positiva débil. Se observa que las variables tienen relación entre ellas, por lo cual si la autoestima se ve afectada de igual manera lo estará la intimidad sexual y a su vez la imagen corporal.

Es importante recalcar que las mujeres mastectomizadas tienen un mejor autoconcepto que las mujeres sin diagnóstico oncológico, cuando probablemente se considere lo contrario; esto puede deberse a que las primeras pasan por una revaloración de su vida, ya que haber tenido un acercamiento con la muerte se han dado cuenta de que la vida es relativamente corta e insegura ante los pequeños problemas cotidianos.

La muestra fue menor a la pensada inicialmente debido a la calidad personal de la misma, asimismo, la dificultad de acceso a la misma obstaculiza un mayor alcance de la investigación. La búsqueda de las participantes se hizo por medio del método bola nieve, el cual a partir de un participante se busca ampliar el contacto con personas de características similares.

Para próximos estudios se recomienda delimitar el tiempo de la mastectomización, en medida de lo posible, así como conocer si las mujeres han llevado un proceso psicológico desde el diagnóstico del cáncer o desde la mastectomización.

Referencias

- Abanto-Reyes, V., Chalan-Azabache, L., y Linares-Navarro, F. (2021). Neurociencia: Epigenética del cáncer y su relación con las emociones. *Journal of Neuroscience and Public Health*, 1(1), 13–18. <https://doi.org/10.46363/jnph.v1i1.2>
- Álvarez-Hernández, G., y Delgado-DelaMora, J. (2015). Diseño de Estudios Epidemiológicos. I. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. *Boletín Clínico Hospital Infantil Del Estado de Sonora*, 32(1), 26–34.
- American Psychological Association. (Octubre de 2020). *Society for Health Psychology*. <https://www.apa.org/about/division/div38>
- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, V., y Villarreal, P. (2011). Oncogüía: Cáncer de mama. *Oncología*, 77–86. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(08\)75334-9](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(08)75334-9)
- Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen coporal? *Revista de Humanidades "Cuadernos Del Marqués de San Adrián"*, 2, 53–70. https://qinnova.uned.es/archivos_publicos/qweb_paginas/4469/revista2articulo3.pdf
- Bañuelos-Barrera, P., Bañuelos-Barrera, Y., Esquivel-Rodríguez, M., y Moreno-Ávila, V. (2007). Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(108), 129–134.
- Baptista, G., De Sousa, R., Do Espírito Santo, F., y Rangel, E. (2012). Impacto do câncer na autoimagem do indivíduo: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, 26(2), 533–540.
- Bayo, J., García, J., Lluch, A., y Valentín, V. (2007). *CÁNCER DE MAMA Cuestiones más frecuentes*. <http://fecma.vinagrero.es/documentos/preguntas.pdf>
- Bedregal, P., Shand, B., Santos, M. J., y Ventura-Juncá, P. (2010). Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 366–372. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872010000300018>
- Borrás, A. M. (2016). *Intervenciones para el tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer* [Tesis de Máster, Universidad Jaume I.].

http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/165428/TFM_2016_BorrasBarrachinaAroa.pdf?sequence=1

Breast Cancer. (2013). *Tú y tu pareja*. <https://www.breastcancer.org/es/consejos/intimidad/pareja>

Camargo, Ó., y López, D. (2020). *La epigenética como problema de conocimiento*. [Tesis de Maestría, Universidad Pedagógica Nacional de Colombia]. http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/12593/La_epigenética_como_problema_de_conocimiento_Lopez_Camargo_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cancer.Net. (2018). *Cáncer de mama: Detección*. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-de-mama/detección>

Cárdenas-Sánchez, J., Bargalló-Rocha, J. E., Erazo-Valle, A. A., Maafs-Molina, E., y Poitevin-Chacón, A. (2019). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 16(91), 4–55. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.m18000133>

Casavilca-Zambrano, S., Cancino-Maldonado, K., Jaramillo-Valverde, L., y Guio, H. (2019). Epigenética: la relación del medio ambiente con el genoma y su influencia en la salud mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(4), 266–273. <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i4.3648>

Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. En *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 334–342). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7>

Castillo-López, R. L., Marván, M., Galindo, O., y Landa-Ramírez, E. (2017). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: una revisión narrativa. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 35–41. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=283059952006>

Castillo, A. (2015). *Sexualidad al día un enfoque cognitivo conductual*. <https://es.slideshare.net/Angelacastillo259/sexualidad-al-dia-un-enfoque-cognitivo-conductual>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2018). *Cáncer de mama*. https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021). *Cáncer de mama*. https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm

- Di Bari, A. (2016). *Cómo retomar tu vida sexual después de una mastectomía*. <https://www.nuevamujer.com/wellness/2016/10/14/retomar-tu-vida-sexual-despues-mastectomia.html>
- Esnaola, I., Goñi, A., y Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 69–96. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=283059952006>
- Fernández-Busto, J.-G., González-Martí, I., Contreras, O., y Cuevas, R. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 25–33. www.elsevier.es/rlp0120-0534/
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en los pacientes oncológicos. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 1(2–3), 169–180. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2004.v1.n2.17069
- Figuroa-Varela, M. del R., Rivera-Heredia, M. E., y Navarro-Hernández, M. del R. (2016). «No importa»: sexualidad femenina y cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(5), 278–284. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gamo.2016.09.003>
- Figueroba, A. (2017). *Psicología de la Salud: historia, definición y ámbitos de aplicación*. Psicología y Mente. [https://psicologiymente.com/clinica/psicologia-salud#:~:text=La aparicion de la Psicologia,primer manual \("Health Psychology](https://psicologiymente.com/clinica/psicologia-salud#:~:text=La aparicion de la Psicologia,primer manual ()
- Francia, G. (2020). *¿Qué es la epigenética en psicología?*. Psicología-Online. <https://www.psicologia-online.com/que-es-la-epigenetica-en-psicologia-5248.html>
- García, F., y Musitu, G. (2014). Manual AF-5 Autoconcepto forma 5. TEA. http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/AF-5_Manual_2014_extracto.pdf
- García, H. (2013). *Intimidad sexual, satisfacción marital y temas de conversación en el subsistema conyugal del paciente con diabetes mellitus tipo 2, en la unidad de medicina familiar no. 64;2012*. [Tesis de Especialidad, Universidad Autónoma de México]. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/13978/396220.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- González, L., y Lemes, J. (2011). Supervivencia del cáncer de mama. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 15(6), 983–992. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- González, O. (2005). Estructura multidimensional del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 10(1), 121–129. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17514745011>
- González, U., y Reyes, A. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico-degenerativo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 636–661. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/623>
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*, third edition. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315681528>
- Guzmán, J., y Salazar, K. (2016). Presión sociocultural hacia la imagen corporal de la mujer y cómo afecta en el desempeño académico. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 26(2), 11–41. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65456042002>
- Hernández-Martínez, A., González-Martí, I., y Sáez-Gallego, N. (2018). Satisfacción muscular y Autoconcepto en mujeres físicamente activas. *TRANCES: Transmisión del conocimiento educativo y de la salud*, 10(Extra 1), 559–570. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6499831>
- Hernandez, R., Fernandez, C., y Baptista, M. del P. (2010). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. *Metodología de la investigación* (Quinta edi). McGraw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). “*Estadísticas a propósito del... Día Mundial de la Lucha contra el cáncer de mama (19 de Octubre).*”
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Características de las defunciones registradas*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
- Juárez, D., y Landero, R. (2014). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Revista Electrónica Nova Scientia*, 4(7), 17–34. <https://doi.org/10.21640/ns.v4i7.175>

- Lazcano-Ponce, E. C., y Hernández-Ávila, M. (1997). Cáncer: frecuencia, factores de riesgo y medidas de prevención. *Salud Pública de México*, 39(4), 251–252. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341997000400001>
- León, A., Barriga, C., Bravo, M., Camacho, J., Camus, M., Hoffens, M., Pérez, J., Uribe, V., Vinés, E., y Waugh, E. (2003). Cáncer de mama etapas I y II en *Normas de consenso del Cáncer de mama* (pp. 71–77). <https://doi.org/10.5867/medwave.2003.07.3157>
- Liranzo, P., y Hernández, R. (2014). The Subjected Goddesses: self-concept in women from vulnerable groups . Part II: Study results and discussion. *Ciencia y Sociedad*, 39(1), 33–73. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87031229003>
- Lopes, J. da S. O. de C., Costa, L. L. de A., Guimarães, J. V., y Vieira, F. (2016). La sexualidad de las mujeres sometidas a tratamiento de cáncer demama. *Enfermería Global*, 15(43), 350–368. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=
- Mancillas, C. (2006). La Construcción de la Intimidad en las Relaciones de Pareja: El Caso del Valle de Chalco. *Psicología Iberoamericana*, 14(2), 5–15. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920321002>
- Markus, H., y Wurf, E. (1987). The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective. *Annual Review of Psychology*, 38(1), 299–337. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.38.020187.001503>
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275–281. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Martínez-Basurto, A. E., Lozano-Arazola, A., Rodríguez-Velázquez, A. L., Galindo-Vázquez, Ó., y Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53–58. <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-X1665920114278797>

- Massenzana, F. (2017). Autoconcepto y autoestima: ¿sinónimos o constructos complementarios? *Revista de Investigación En Psicología Social*, 3(1), 39–52. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/2336>
- McConnell, A. R., y Strain, L. M. (2007). Content and Structure of the Self-Concept. En Sedikides, C. y Spencer, C, (Eds). *The self in social psychology* (pp. 51–73). Psychology Press.
- MD Anderson Cancer Center. (s.f.). *Consecuencias físicas*. <https://mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/consecuencias-fisicas>
- Mejía, M. (2012). *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía*. [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20864>
- Meloni, E., Barsotti, D., dos Santos, M. A., y Giami, A. (2014). Vivência da sexualidade após o câncer de mama: Estudo qualitativo com mulheres em reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 408–414. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3258.2431>
- Miranda, E. (2015). De la intimidad al relato de las emociones. Definiciones y aproximaciones teóricas sobre la exhibición del yo. *Atrio: Revista de Historia Del Arte*, 0(21), 150–161. <https://www.upo.es/revistas/index.php/atricio/article/view/2582>
- Miranda, M. (2016). *Modificaciones en la Imagen Corpora y la Autoestima en mujeres con Cáncer de mama despues de participar en un Programa de ejercicios Físicos*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Sonora]. <http://www.repositorioinstitucional.uson.mx/handle/unison/2553>
- Mishra, S. K. (2016). Self-Concept-A Person’s Concept of Self-Influence. *International Journal of Recent Research Aspects*, 1, 8–13. https://www.ijra.net/ICCUT2016/ICCUT2016_07.pdf
- National Eating Disorders Collaboration. (n.d.). *What is body image?* <https://nedc.com.au/eating-disorders/eating-disorders-explained/body-image/>
- Navarro, M. (2017). *Propuesta para la valoración enfermera de la sexualidad en las mujeres post mastectomizadas sin reconstrucción mamaria* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Valladolid]. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/28381>

- Nieves, R. (2009). La imagen corporal: hacia una construcción social para la Psicología Industrial Organizacional. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 9(18). <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/131>
- Oblitas, L. A. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, XXVI(2), 219–254. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v26n2/v26n2a02.pdf>
- Olvera, J., y Soria, M. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4), 149–158. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/18614>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades crónicas*. https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cáncer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Cáncer de mama en las Américas. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53, 160.
- Panesso, K., y Arango, M. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista Electrónica Psyconex*, 9(14), 1–9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507>
- Pérez-Laborde, L. E., y Moreyra-Jiménez, L. (2017). El quehacer del profesional de la psicología de la salud: Definiciones y Objetivos. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 3(2), 21–34. <https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.3.2.2017.81.136-155>
- Pérez, S., Sandoval, L., y Tapia, H. (2009). Factores de riesgo para cáncer de mama. Revisión de la literatura: Rol potencial de Enfermería. *Revista Enfermería Universitaria*, 6(2), 21-26. <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741830005.pdf>
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 22, 15–27. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261>

- Rihm, A., Sharim, D., Barrientos, J., Araya, C., y Larraín, M. (2017). Experiencias subjetivas de intimidad en pareja: Un dilema social contemporáneo. *Psykhé*, 26(2), 1–14. <https://doi.org/10.7764/psykhe.26.2.1017>
- Roche. (2011). *Hablemos de el cáncer de mama*. acv ediciones.
- Rosenberg, S. M., Tamimi, R. M., Gelber, S., Ruddy, K. J., Kereakoglow, S., Borges, V. F., Come, S. E., Schapira, L., Winer, E. P., y Partridge, A. H. (2013). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1849–1855. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23132765/>
- Sánchez, T. (2015). Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles Del Psicólogo*, 36(1), 62–73. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2490.pdf>
- Schneider, J., Pizzinato, A., y Calderón, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología*, 33(2), 439–467. <https://doi.org/10.18800/psico.201502.008>
- Sebastiani, R. W., Pelicioni, M. C. F., y Chiattonne, H. B. (2002). La psicología de la salud latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 153–172. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720108.pdf>
- Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Michoacán. (2015). *Plan de Acción de Promoción de la Salud en Enfermedades Crónico-Degenerativas*. <http://salud.michoacan.gob.mx/wp-content/uploads/2015/10/degenerativos.pdf>
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., y Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407–441. <https://doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Sociedad Americana contra el Cáncer. (2019a). *Cirugía para el cáncer de seno*. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno.html>
- Sociedad Americana contra el Cáncer. (2019b). *Tratamiento del cáncer de seno*. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento.html>

- Sociedad Americana contra el Cáncer. (2020). *Detección temprana y diagnóstico del cáncer de seno*.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/guias-de-la-sociedad-americana-contr-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno.html>
- Soto, P. (2018). *Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud*. Sutori.
<https://www.sutori.com/story/antecedentes-y-desarrollo-de-la-psicologia-de-la-salud--yoURHjqrt1qMpWDZRKmVoB9v>
- Sousa, V. D., Driessnack, M., y Costa, I. A. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 15(3), 502–507. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
- Stangor, C., Jhangiani, R., y Hammond, T. (2011). *Principles of Social Psychology*. 1st International Edition.
- Tobar, D. (2010). *Intimidad y sexualidad*. <https://portumatrimonio.org/para-toda-pareja/intimidad-y-sexualidad/>
- Valdez, J., y González, N. (1999). El autoconcepto en hombres y mujeres mexicanos. *Ciencia Ergo Sum*, 6(3), 265–269. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10401606>
- Wallston, K. (1997). *Healthy, Wealthy, and Weiss: A History of Division 38 (Health Psychology)*
<https://societyforhealthpsychology.org/wp-content/uploads/2016/07/DivHistory.pdf>

Anexos

Anexo 1 (Escala de Imagen Corporal de Hopwood)

ESCALA DE IMAGEN CORPORAL DE HOPWOOD (2001)

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

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

Anexo 2 (Inventario de Autoestima de Coopersmith)

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH (1993)

Lea detenidamente las oraciones que a continuación se les presentan y responda sí o no, de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con lo que usted siente. No hay respuestas buenas o malas, solo se trata de conocer su situación de acuerdo al asunto planteado.

| No. | PROPUESTAS | Sí | No |
|-----|---|----|----|
| 1 | Generalmente los problemas me afectan poco | | |
| 2 | Me cuesta trabajo hablar en público | | |
| 3 | Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí | | |
| 4 | Puedo tomar fácilmente una decisión | | |
| 5 | Soy una persona simpática | | |
| 6 | En mi casa me enoja fácilmente | | |
| 7 | Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo | | |
| 8 | Soy una persona popular entre las personas de mi edad | | |
| 9 | Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos | | |
| 10 | Me doy por vencida fácilmente | | |
| 11 | Mi familia espera demasiado de mí | | |
| 12 | Me cuesta trabajo aceptarme como soy | | |
| 13 | Mi vida es muy complicada | | |
| 14 | Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas | | |
| 15 | Tengo mal opinión de mí misma | | |
| 16 | Muchas veces me gustaría irme de mi casa | | |
| 17 | Con frecuencia siento disgusto | | |
| 18 | Soy menos bonita que la mayoría de la gente | | |
| 19 | Si tengo algo que decir generalmente lo digo | | |
| 20 | Mi familia me comprende | | |
| 21 | Los demás son mejor aceptados que yo | | |
| 22 | Siento que mi familia me presiona | | |
| 23 | Con frecuencia me desanimo con lo que hago | | |
| 24 | Muchas veces me gustaría ser otra persona | | |
| 25 | Se puede confiar poco en mí | | |

Anexo 3 (Escala de Intimidad Sexual en la Pareja)

ESCALA DE INTIMIDAD SEXUAL EN LA PAREJA

INSTRUCCIONES. A continuación, hay una serie de oraciones que tratan sobre la forma como las personas se relacionan con su pareja; algunas oraciones se refieren aspectos más íntimos de la relación. Sus respuestas nos ayudarán a entender lo que pasa en la vida de las parejas mexicanas. Por favor, lea cada oración y mara que con una X lo que mejor describa la manera como usted siente y piensa.

| | |
|--|------------|
| Totalmente de acuerdo | marque (5) |
| De acuerdo..... | marque (4) |
| Ni en de acuerdo ni en desacuerdo..... | marque (3) |
| En desacuerdo..... | marque (2) |
| Totalmente en desacuerdo..... | marque (1) |

| Escala 1. Grado de contacto físico y confianza | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Frecuentemente le recuerdo a mi pareja que es una persona única. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Mi pareja me trata con delicadeza cuando tenemos relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Es agradable que coincida con mi pareja cuando deseamos tener relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Investigo lo que le ocurre a mi pareja cuando me rechaza. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Busco la comodidad de mi pareja cuando hacemos el amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Mi pareja hace todo lo posible por satisfacerme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Creo que mi pareja es lo mejor que puedo tener. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Mi pareja satisface perfectamente mis necesidades sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Me agrada expresar frases que hacen sentir bien a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Los olores de mi pareja me encanta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Hago a mi pareja lo que me gustaría que él(ella) me hiciera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Entiendo cuando mi pareja me desea. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Mi pareja y yo tenemos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Me gusta ver el cuerpo de mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Mi pareja es cálida conmigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Me complace hacer feliz a mi pareja cuando estamos juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Me complace saber que mi pareja corresponde a los juegos durante nuestra relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 18. Brinde a mi pareja seguridad cada vez que tenemos relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Para mí, besar a mi pareja cuando algo no me satisface. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Suelo ser tierno(a) con mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Me siento satisfecho(a) sexualmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Me complace ver feliz a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Confío en lo que me hace mi pareja durante nuestro contacto sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Escala 2. Autodivulgación y satisfacción sexual | | | | | |
| 24. Me agrada que mi pareja me pregunté cuánto deseo estar en nuestro espacio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Mi pareja y yo nos acariciamos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Mi pareja tiene la capacidad de hacerme sentir satisfecha (o) sexualmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Mucho de lo que siento sólo puedo compartirlo con mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Me gusta lo que hace mi pareja cuando estamos juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Me gusta complacer a mi pareja después de un acuerdo mutuo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Mi pareja y yo nos besamos cuando nos deseamos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Comparto con mi pareja la sensación de bienestar que me provoca. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Disfruto intensamente el acercamiento físico con mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Le expreso a mi pareja cuando deseo acariciar una parte de su cuerpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Experimento un sentimiento particular cuando me complace mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Me gusta decirle a mi pareja frases que le hacen sentir bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Me siento feliz después de una relación sexual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Creo que mi pareja le agrada que tratemos temas para enriquecer nuestra relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Es importante para mí satisfacer sexualmente a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Expongo a mi pareja cómo deseo que pasemos el tiempo que nos dedicamos mutuamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Mi pareja me satisface sexualmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Mi pareja y yo buscamos privacidad para platicar de lo que sentimos durante nuestra relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Mi pareja sabe cómo hacerme el amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Me encanta tener relaciones sexuales con mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Me gusta decirle a mi pareja frases cariñosas mientras hacemos el amor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Hago saber a mi pareja cuando algo no me satisface. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. Me agrada expresar frases que hacen sentir bien a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Me gusta lo que me da mi pareja al hacerle el amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Escala 3. Contacto emocional | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 48. Respeto a mi pareja cuando no desea que tengamos relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Me gusta que mi pareja me abrace durante nuestra relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Me agrada que mi pareja comente cómo se siente durante nuestras relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Me gusta acariciar la espalda de mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Escala 4. Expresión de amor | | | | | |
| 52. Me gusta hacer sentir a mi pareja el amor que siento por él(ella). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Mi pareja y yo tenemos muchas formas de expresarnos nuestro amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Suelo expresar a mi pareja cuánto la(lo) amo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. Busco formas de decir a mi pareja cuanto lo(la) quiero. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. Considero la opinión de mi pareja al emprender un juego durante la relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57. Durante nuestro acto sexual me agrada decirle a mi pareja cuánto lo(la) amo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58. Amo a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo 4 (Pruebas vía Google Form)

Imagen corporal, Autoestima e Intimidad Sexual en mujeres mastectomizadas.

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud (ICSA)
Área Académica de Psicología

***Obligatorio**

Si usted lo desea podrá recibir información respecto a sus resultados.

Sí deseo conocer mis resultados

Carta de Consentimiento Informado

Ha sido invitada a participar en un estudio correlacional de la Licenciatura de Psicología con énfasis en Salud, el cual tiene como propósito evaluar si existe una asociación entre imagen corporal, autoestima e intimidad sexual en mujeres mastectomizadas.

La participación del proyecto contemplará responder unas preguntas sociodemográficas y 3 cuestionarios sobre su percepción de sí misma, su autoestima e intimidad sexual. Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será estrictamente confidencial y será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

El equipo investigador esta compuesto por:

Mónica Abigail Aquino Sánchez

Directora de Tesis Doctora Andrómeda Ivette Valencia Ortiz, Profesora de tiempo completo del ICSa

