UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIA DE LA EDUCACIÓN

Escuela de Psicología Clínica.

TEMA: Imagen Corporal en mujeres con Cáncer de Mama, sometidas a Mastectomía o Cuadrantectomía, según las diferentes distorsiones cognitivas.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

Autora: Marcela Cristina Coello Gomezjurado

Directora: Mst**.** Martha Cobos Cali

Cuenca- Ecuador

2016

Dedicatoria

El presente trabajo de tesis va dedicado para toda mi familia, quienes estuvieron presentes a lo largo de mi carrera universitaria. Gracias a cada uno de ellos, ya que sin su ayuda esto no hubiera sido posible.

Agradecimientos

El principal agradecimiento es para Dios por bendecirme, guiarme y permitir realizar este trabajo, dándome la oportunidad de superarme y triunfar en esta meta.

También un agradecimiento a la Mst. Martha Cobos Directora de esta tesis por la guía y el apoyo incondicional ya que supo alentarme para la elaboración de este trabajo.

Un especial agradecimiento a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA-Cuenca) que permitieron la elaboración de esta tesis.

Índice de Contenidos

Contenido

Dedicatoria ii

Agradecimientos iii

Índice de Contenidos iv

Índice de ilustraciones y cuadros vii

Índice de anexos viii

Resumen ix

Introducción 1

Capítulo 1. El Cáncer 3

1.1 Historia del Cáncer 3

1.1.1 Etimología del término Cáncer 4

1.2 Definición y prevalencia en el Ecuador 5

1.3 Factores de riesgo 8

Factores inmunitarios 8

Factores infecciosos 9

Factores físicos 9

Factores químicos 9

Factores hormonales 9

Factores familiares 10

1.4 Prevención 10

1.5 Diagnóstico y tratamiento 11

1.6 Tipos de Cáncer 13

Carcinomas 13

Sarcomas 13

Canceres hematológicos 13

Cánceres del sistema nervioso central 13

1.7 Historia de la Psicooncología 14

1.8 Factores psicológicos asociados a pacientes oncológicos 15

1.9 Intervención psicológica en pacientes oncológicos 16

Conclusión 19
Capítulo 2. Cáncer de Mama 20
2.1 Definición 20
2.2 Etiología 21
Gestación 21
Anticonceptivos orales 21
Terapia de remplazo hormonal 21
Estilo de vida 21
Genética e historia familiar 21
2.3 Prevalencia en el Ecuador 22
2.4 Tratamientos 23
2.5 Imagen Corporal en mujeres con Cáncer de Mama 25
2.5.1 Aspectos psicológicos relacionados a la Imagen Corporal en mujeres con Cáncer de Mama 27
Conclusión 29
Capítulo 3. La cognición 31
3.1 Definición de cognición 31
2.2 Pensamientos automáticos 32
2.3 Distorsiones cognitivas 32
2.4 Principales distorsiones cognitivas 34
2.4.1 **Filtraje o abstracción selectiva** 34
2.4.2 **Pensamiento polarizado** 34
2.4.3 **Sobregeneralización** 34
2.4.4 **Interpretación del pensamiento** 35
2.4.5 **Visión catastrófica** 35
2.4.6 **Personalización** 35
2.4.7 **Falacia de control** 35
2.4.8 **Falacia de justicia** 36
2.4.9 **Razonamiento emocional** 36
2.4.10 **Falacia de cambio** 36
2.4.11 **Etiquetas globales** 36
2.4.12 **Culpabilidad** 37

2.3.13 **Los deberías** 37
2.4.14 **Tener razón** 37
2.4.15 **Falacia de recompensa divina** 37
2.4 Distorsiones cognitivas que presentan las mujeres con cáncer de mama 38
Conclusión 40
Capítulo 4. Metodología 41
4.1 Diseño de la investigación. 41
4.2 Descripción de los participantes 41
Procedimiento 42
4.3 Descripción del Instrumento 42
4.4 Análisis estadístico de los datos 44
4.5 Resultados 44
4.5.1 Análisis de preguntas de la Escala Imagen Corporal. 46
4.6 Análisis cualitativo de la Escala de Imagen Corporal (S-BIS) 48
4.7 Discusión 49
4.7 Conclusiones 52
4.8 Recomendaciones 53
Referencias 55
ANEXOS 65

Índice de ilustraciones y cuadros

Tabla 1 Cuadro de relación entre variable de Estado civil y Edad..... 41
Ilustración 1Prevalencia de Distorsiones Cognitivas 45

Tabla 2. Análisis de preguntas de la escala de Imagen Corporal (S-BIS)..... 46
Tabla 3 Distorsión Cognitiva e Imagen Corporal 47
Tabla 4 Pruebas Chi-Cuadrado..... 47

Índice de anexos

Carta de Consentimiento Informado **66**
Ficha sociodemografica **67**
Escala de Imagen Corporal S-BIS **68**
Inventario de Pensamientos Automáticos **69**

Resumen

El objetivo de esta investigación fue establecer la relación que existe entre la imagen corporal y las distorsiones cognitivas que presentan las mujeres en las que se realizó la mastectomía o la cuadrantectomía. Este estudio es de tipo cuantitativo, con un alcance descriptivo analítico, en el cual participaron 30 mujeres con cáncer de mama, que asistieron a SOLCA-Cuenca. Se aplicó la Escala de Imagen Corporal de Hopwood y la Escala de Pensamientos Automáticos de Luján. Para el procesamiento de información se utilizó el programa SPSS (versión 22), con el cual se realizó el análisis de la información y de la prueba chi-cuadrado. A través del análisis se pudo observar que no existe relación entre las distorsiones con la imagen corporal que tienen las mujeres después de la intervención. Sin embargo, sobresale la presencia de la distorsión cognitiva que es: "Falacia de recompensa divina"

ABSTRACT

The objective of this research was to establish the relationship between body image and cognitive distortions observed among women who underwent mastectomy or quadrantectomy. This is a quantitative study with a descriptive analytical scope. Thirty women with breast cancer who attended SOLCA-Cuenca participated in the study. Hopwood Body Image Scale and Lujan Automatic Thoughts Scale were applied. The SPSS (version 22) program was used for processing information; data analysis and chi-square test were also performed. Through analysis it was observed that there is no relationship of distortions with the body image women have after surgery. However, it is evident the presence of "Divine Reward Fallacy" cognitive distortion.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
Dpto. Idiomas

Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Introducción

Durante mis practicas pre-profesionales en SOLCA-Cuenca (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer) observé gran cantidad de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, lo que se corrobora con que el cáncer de mama ocupa el primer lugar de incidencia anual por 1´000.000 habitantes dentro del Ecuador (Cueva y Yépez, 2014). Uno de los tratamientos utilizados es la mastectomía o cuadrantectomía, lo que produce un fuerte impacto psicológico: en la manera de percibirse y en cierta manera altera la imagen corporal. Por ello la presente investigación busca estudiar la relación entre las distorsiones cognitivas y la imagen corporal que presentan las mujeres después de la intervención quirúrgica.

La presentación del trabajo se ha distribuido en los siguientes capítulos:

En el**capítulo 1** incluye una revisión bibliográfica donde explica aspectos generales del cáncer como su historia, etimología del término, prevalencia en el Ecuador, prevención, formas de diagnóstico y tratamiento.

El **capítulo 2**trata sobre el cáncer de mama, definición, etiología, prevalencia en el Ecuador, tratamientos, imagen corporal en mujeres con cáncer de mama y aspectos psicológicos relacionados a la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama.

El **capítulo 3** abarca el tema de la cognición, su definición, los pensamientos automáticos, definición de distorsiones cognitivas, explicación de las principales distorsiones cognitivas y las distorsiones cognitivas que presentan las mujeres con cáncer de mama.

Dentro del **capítulo 4** se describe el análisis cuantitativo de la investigación que incluye el análisis de los resultados de la imagen corporal y las distorsiones cognitivas. Cuyos

resultados mostraron que no existe relación entre las distorsiones cognitivas y la imagen corporal. Sin embargo se encontró que la mayoría de participantes presentaba la distorsión de Falacia de recompensa divina. En lo que respecta a imagen corporal gran parte de la muestra no mostro alteración, salvo dos casos de mujeres con cáncer de mama, de los treinta reflejaron puntajes elevados que determinaban la presencia de alteración en la forma de percibirse.

Capítulo 1
El cáncer

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo que repercute tanto física y psicológicamente en el paciente. Esta misma organización identificó desde el año 2012, 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas a esta enfermedad. Es importante conocer las generalidades de esta enfermedad: su historia, etimología, definición y prevalencia del cáncer en el Ecuador; prevención, tipos, tratamientos oncológicos, aspectos psicológicos y psicoterapia.

1.1 Historia del Cáncer

Mendoza del Pino (2014) explica que el cáncer desde su origen tiene una connotación negativa, debido a la creencia de que la enfermedad se atribuía a los demonios y que ésta era contagiosa, razón por la que la persona que la padecía era rechazada y aislada por la sociedad.

Este mismo autor afirma que desde épocas anteriores ya se habían evidenciado restos fosilizados de animales como el Pitecántropo erecto o los dinosaurios, que portaban huellas cancerígenas. También en los huesos de momias egipcias se observó a través de estudios radiológicos, la presencia de lesiones cancerosas.

De acuerdo a Salaverry (2013) hace 15.0000 años, empiezan a aparecer las primeras huellas de lesiones cancerosas en humanos, tiempo en el que el cáncer era considerado como una enfermedad rara y poco frecuente ya que en aquella época existía mayor prevalencia de enfermedades infecciosas. Así mismo en los primeros hallazgos de cáncer en humanos, se

continuaba pensando que se debía a situaciones sobrenaturales, en la que los dioses de la época mesopotámica representaban a las enfermedades más temidas que se presentaban en aquel tiempo. En Egipto empiezan a realizar cursos de medicina para tratar las dolencias más frecuentes, en donde se evidencia que en los papiros médicos las lesiones cancerosas ya eran descritas, llamándolas tumores y cáncer en otros casos.

Además este autor explica que el tratamiento para el cáncer en aquel tiempo (siglo IV a.C.) era herbolario y local, sin embargo en algunos casos se consideraba que no hacer nada era la mejor opción, hasta que Galeno con su publicación: "De tumoribuspraeternaturam", explica que las tumoraciones cancerosas se deben a una transformación del humor "Bilis Negra", y que el método para ello era la cirugía, la cual cauterizaba con fuego las lesiones. De esta manera tanto en el medioevo y el renacimiento se continuaba con este tipo de procedimientos, sin embargo los reportes de cáncer eran más concretos y ya se podía diferenciar entre los distintos tipos.

1.1.1 Etimología del término Cáncer

En los primeros escritos y descripciones de las lesiones cancerosas en los papiros médicos, se evidenció también el origen del término cáncer. Dentro de la obra de Hipócrates, "Corpus Hippocraticum", describe a la palabra griega "karkinos" como: "*lesiones ulcerosas crónicas, algunas veces endurecidas, que se desarrollan progresivamente y sin control expandiéndose por los tejidos semejando las patas de un cangrejo".* Palabra que en latín pasa a definirse como cáncer, tomando el significado de la enfermedad y del cangrejo como tal. Pero en siglos posteriores, se da el castellano en el que se dividen ambos significados en dos términos separados. Por una parte, usando un sufijo diminutivo, se forma la palabra

cangrejo para denominar al crustáceo y, por otra parte, se consolida el término “cáncer” como un término médico para un tipo determinado de lesión (Salaverry, 2013).

Por otra parte se describe otro término relacionado al cáncer usado en la antigua Grecia denominado “oncos”, para describir a la palabra tumor, ya no como una lesión ulcerosa o cancerígena, sino como una hinchazón o edema.

En relación a nuestro estudio Hipócrates en su obra denominada: “Sobre las enfermedades de las mujeres”, el mismo que define al cáncer de mama con el mismo término karkinos, anteriormente nombrado, para explicar que en las mamas se generan unas tumoraciones rígidas que varían en tamaño, se vuelven más rígidas con el tiempo y posterior a eso se forman lesiones cancerosas ocultas, que al desarrollarse como cáncer, tienen una boca rabiosa y todo consumen con rabia (Salaverry, 2013).

Actualmente al término cáncer de mama se lo identifica en el grupo de los sarcomas el cual es un tipo de cáncer, sin embargo para este estudio se ha tomado el término que es comúnmente el más usado.

1.2 Definición y prevalencia en el Ecuador

> *“El cáncer es un grupo de enfermedades, algunas distintas entre sí y otras similares, que tienen en común el que se inician por la transformación de una célula o grupo de células que evolucionan, aunque no todas, de forma polifásica para formar un tumor que crece de forma indefinida, invade los tejidos u órganos vecinos y es capaz de dar metástasis hasta su diseminación y la muerte del paciente si no ha habido ningún tratamiento efectivo”... (Die -Trill, 2003).*

Según el Instituto Nacional del Cáncer [NIH], (2015) señala que al existir proliferación de las células anormales, estas en vez de morir, sobreviven y a su vez se generan nuevas células que no son necesarias para el cuerpo, las mismas que pueden fragmentarse y formar

masas de tejido, denominadas tumores. A partir de esto se clasifican a los tumores benignos y malignos.

En la misma publicación se explica que los tumores benignos no se expanden a los tejidos cercanos y no los invaden, a veces pueden ser de grande tamaño pero pueden permanecer en el cuerpo sin ocasionar daño al individuo, también se pueden extirpar y estos no vuelven a desarrollarse. Por otro lado están los tumores malignos que son considerados cancerosos, los mismos que se expanden hacia tejidos vecinos y los invaden, a veces se expanden a otros lugares del cuerpo generando metástasis.

A partir de la diferenciación acerca de los tipos de tumores y continuando con una explicación más detallada, se puede recalcar también según lo que menciona Guerrero (2000), dentro de la oncogénesis se distinguen tres etapas consecutivas que forman los cambios en los mecanismos moleculares, siendo estas, la fase de inducción o de iniciación que produce alteraciones irreversibles y que son resultado de mutaciones en células dianas iniciadas; fase de promoción que define la exposición crónica a los diversos factores tales como el consumo de alcohol y tabaco, dietas mal elaboradas, infecciones crónicas; y que es consecuencia de la transformación genética; finalmente la fase de progresión en donde la masa tumoral crece y posiblemente se extiende a otras partes cercanas causando metástasis.

En relación a la prevalencia del cáncer la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado que en los 25 años provenientes, el número de casos evidenciados hasta el momento, se duplicarán y que 15 millones de personas sufrirán de esta enfermedad en el 2020.

Según un estudio de Campoverde, N. y Campoverde, F. (2012) indicó que en el Ecuador, la tasa de mortalidad por la enfermedad de cáncer ocupa los primeros lugares dentro de la población, existiendo mayor prevalencia en las mujeres. Se ha identificado también que las personas que se encuentran en condiciones socioeconómicas escasas son las más afectadas, ya que al desconocer de la enfermedad en muchas ocasiones se presentan en etapas tardías en las que muchas veces lo único que se espera es la muerte. Otra razón por la que son más vulnerables es por los hábitos o estilos de vida que llevan, debido a factores como la alimentación, el desarrollo industrial, el transporte, entre otros en los que se evidencia una escasa injerencia para la prevención desde el área de salud. Sin embargo esto no quiere decir que el resto de población esté exenta a presentar cáncer.

Los autores de la publicación antes mencionada, señalan que en la ciudad de Cuenca en el año 2005, se evidenciaron 5687 casos de cáncer para todas las localizaciones, siendo el número más alto en las mujeres con el 60,3% y según los estudios esta suma tiene tendencia a aumentar debido al incremento poblacional. Es por esta razón que la provincia del Azuay es la que tiene mayor prevalencia de casos por los riesgos a los que la gente está expuesta para desarrollar cáncer.

En base al mismo estudio los escritores identifican que en la ciudad de Cuenca, se han identificado los tipos de cáncer más comunes según el género:

> *"En el caso de los hombres el 80% están localizados en la próstata, estómago, piel, sistema hematopoyético y reticuloendotelial, ganglios linfáticos y bronquios y pulmón, hígado, vejiga, encéfalo, testículo y páncreas; y en las mujeres el 80% de cáncer se encuentran en el cuello del útero, piel, mama, estómago, tiroides, sistema*

hematopoyético y reticuloendotelial, ganglios linfáticos, colon ovario, hígado, vías biliares, páncreas, cuerpo del útero y encéfalo…"(Campoverde, N. y Campoverde, F., 2012).

Una de las intervenciones que realiza el personal de oncología, es la etapificación de la enfermedad, ya que al momento del diagnóstico inicial se informa la fase en la que se encuentra el paciente, siendo de suma importancia porque al tener un diagnóstico temprano y un tratamiento complementario, la probabilidad de disminuir el daño que puede causar la enfermedad disminuye. En el Ecuador, principalmente en la ciudad de Cuenca, se ha identificado que prevalece el estadio 0 y 1 con el 46%, siendo el de mejor pronóstico; seguido del estadio II con el 28%, estadio III con 14% y finalmente el estadio IV con 12,1% (Campoverde, N. y Campoverde, F., 2012).

1.3 Factores de riesgo

Según Die-Trill (2003) a partir de la definición de un tumor o neoplasia maligna, como la proliferación o el crecimiento desmesurado de células que alteran el desarrollo normal que traen como consecuencia lo que se conoce como el cáncer, se distingue algunos factores de riesgo que la generan:

Factores inmunitarios

De acuerdo a este grupo de factores existen algunas células como los linfocitos T, linfocitos B y linfocitos NK, que se encargan del reconocimiento y destrucción de células que ponen en peligro al sistema inmune, y cuando estas se ven alteradas es imposible que puedan ser destruidas, lo que produce una proliferación.

Factores infecciosos

Dentro de los factores infecciosos se encuentran a los virus tales como el Virus de Epstein Barr (VEB), Papiloma virus humano (PVH), virus de Herpes de tipo 1 y 2, Virus de Hepatitis B y C y el retrovirus. También están los parásitos y el Helicobacter Pylori.

Factores físicos

Se identifica en este conjunto de factores que la ingesta de cáusticos, inflamaciones crónicas, prótesis, asbestos, exposición a rayos solares, inducen a que se forme una neoplasia maligna, siendo las ultimas las que actúan de manera directa sobre el ADN.

Factores químicos

Los factores químicos más influyentes en el desarrollo del cáncer son las nitrosaminas, hidrocarburos policíclicos, metales como el níquel, cadmio y el cromo. También el tabaco es un carcinógeno que no solo puede generar una alteración en los fumadores activos, sino que también afecta de manera indirecta a las personas que se encuentran cercanas a los individuos que la utilizan o más conocidos como fumadores pasivos.

Factores hormonales

Dentro de los factores hormonales se evidencia que el inicio a la vida sexual a edad temprana, la promiscuidad, un número alto de embarazos, edad tardía del primer embarazo, la menarquia precoz, la menopausia tardía y el uso de estrógenos en la edad endometrial, pueden producir el crecimiento anormal de las células.

Factores familiares

En lo que respecta a factores familiares la vulnerabilidad a que se desarrolle un cáncer, se da cuando existen características genéticas que son heredadas de manera transgeneracional, y que a veces pueden desarrollarse por la presencia de otros factores como los ambientales. Dentro de estos están el cáncer de mama familiar, síndromes de neoplasias endocrinas y Síndrome de Lynch.

Según Marzo, Bellas, Vela, Nuin, Bartolomé, Vilarrubí y Melús (2012) el cáncer se genera a través de una combinación de factores tanto genéticos como ambientales, siendo algunos de mayor relevancia cuando se trata de riesgo para que se desarrolle una neoplasia maligna. Entre los factores de riesgo ambientales más relevantes se encuentra el consumo de tabaco, alcohol, la exposición a radiaciones tanto solares como iónicas, dieta, infecciones, y aspectos de la vida sexual y reproductiva.

1.4 Prevención

Marzo, et al. (2012) señalan otro aspecto importante que es la detección del cáncer antes de que sus síntomas empiecen a desarrollarse, y esto se logra a través de programas de screening, cuyo objetivo es identificar tempranamente al cáncer para ofrecer un tratamiento precoz que permita disminuir la tasa de mortalidad de la enfermedad y a su vez promover una mejor calidad de vida para el individuo que la padece. También es necesario realizar una historia clínica detallada haciendo énfasis en la disposición genética para el cáncer, ya que en la mayoría de casos pueden predisponer a un individuo a desarrollar una neoplasia.

Debido a estos factores de riesgo se presentan algunas recomendaciones útiles que ayudan a disminuir las probabilidades de desarrollar un cáncer, tales como mantener el peso corporal acorde a la edad y estatura, realizar ejercicio físico, conservar conductas alimenticias saludables, evitar el consumo de bebidas alcohólicas o el tabaco y tener cuidado de la piel cuando se va a exponer al sol (Crovetto y Uauy, 2013).

En el caso del cáncer de mama es importante realizarse mamografías regularmente, cuando la mujer tiene 40 años en adelante, ya sea por mamografía digital o la detección asistida por computadora. Otro método preventivo es el autoexamen de las mamas, que debe ser realizada a partir de los 20 años de edad, generalmente días posteriores al periodo menstrual, debido a que los senos se vuelven menos rígidos y blandos y es posible palpar cualquier anormalidad. Una última manera de llevar control es asistir anualmente a la consulta médica para que los expertos realicen el examen médico que corresponda (Sánchez y Verga, 2011).

1.5 Diagnóstico y tratamiento

Generalmente el diagnóstico se realiza con un historial clínico detallado y con exámenes que apoyen el mismo y a su vez permitan evaluar a las posibles pautas de intervención. Para llegar a un diagnóstico certero de cáncer, se requiere de estudios microscópicos y una biopsia que permita comprobar las hipótesis que el medico pueda tener. A si mismo se realiza una categorización del estadio de la enfermedad, el tamaño del tumor y las posible existencia de metástasis (Die-Trill, 2003).

Generalmente el tratamiento es de carácter multidisciplinario ya que combina distintas formas de intervención oncológica, las mismas que son la cirugía, radioterapia,

quimioterapia, inmunoterapia, terapia dirigida, terapia hormonal y trasplante de células madre (Instituto Nacional del Cáncer [NIH], 2015).

En la publicación del NIH, 2015 se indica que la finalidad de la cirugía, puede ser para obtener un diagnóstico como factor preventivo, se clasifica por etapas el tumor para extirpar tumores localizados o disminuir su tamaño. En algunos tipos de cáncer, podría ser el único tratamiento que se puede efectuar.

Así mismo en una publicación presentada por American Cancer Society (2014) explica otro método de intervención es la radioterapia, que utiliza radiaciones directas hacia la localización del tumor con el objetivo de matar a las células cancerosas o evitar que sigan desarrollándose y expandiéndose por otros órganos del cuerpo. Los efectos secundarios más comunes que produce son cansancio o fatiga, falta de apetito y cambios en la piel.

Esta misma sociedad, explica que existe una forma más de tratar el cáncer que es a través de sustancias químicas que actúan directamente en todo el cuerpo, y estas pueden ser la quimioterapia que es una de las más usadas en casi todos los tipos de cáncer, usada para evitar que el cáncer se expanda, para disminuir el tamaño de la masa tumoral, para eliminar las posibles metástasis, para palear los síntomas de la enfermedad o como tratamiento curativo. Dentro de los efectos secundarios se identifica la caída de cabello, náuseas y vómito, cambios en la medula ósea, cambios en la piel y en la boca, cambios en la sexualidad, problemas de fertilidad, cambios en la memoria y cambios emocionales.

1.6 Tipos de Cáncer

Según Cowan (2012) existen diferentes nombres técnicos para definir a cada tipo de cáncer, según el tejido del que se originan se expone cuatro principales clasificaciones para las diferentes localizaciones del mismo:

Carcinomas

Se generan en el tejido epitelial que reviste superficies externas e internas del cuerpo. Dentro de este grupo existe también un subgrupo denominado adenocarcinomas, que generalmente se presentan en el tejido epitelial de la glándula. Siendo el caso del cáncer de mama que se ubica dentro del grupo general de carcinomas.

Sarcomas

Se presentan en las células de los tejidos conectivos del cuerpo y también de un órgano, como los huesos, cartílagos, grasa y músculos. Dentro de este grupo también se puede evidenciar la presencia del cáncer de mama, que en lo posterior generan carcinomas.

Canceres hematológicos

Se originan principalmente en células que forman la sangre en la médula ósea o en el sistema linfático, dentro de los cuales existen tres principales cánceres que subyacen de este grupo, los mismos que son leucemias, linfomas y mielomas múltiples.

Cánceres del sistema nervioso central

Se desarrollan en el cerebro o en la columna vertebral, y su denominación difiere del tejido específico del que se origina.

1.7 Historia de la Psicooncología

En el año de 1800, la enfermedad del cáncer era sinónimo de muerte debido a que la gente tenía la creencia que la causa de ésta era porque los demonios se poseían en el individuo. Por esta razón la información de la patología era transmitida a los familiares del paciente, ya que se consideraba un acto cruel dar el diagnóstico a la persona que lo padecía (Robert, Álvarez y Valdivieso, 2013).

Robert et al. (2013) señalan que en el año de 1937 se funda el primer instituto de cáncer en Estados Unidos, y a partir de esta creación empiezan a investigar nuevas maneras de tratar a los pacientes, considerando a la quimioterapia como la primera opción de cura, a la que luego se combinaría tanto con la cirugía como la radioterapia para brindar mejores pronósticos y respuestas a los tratamientos.

El primer acercamiento al proceso psicológico para las personas que padecían la enfermedad, se realizó con grupos de gente que ya culminaron su tratamiento oncológico con el objetivo de brindar apoyo a través de su experiencia frente al proceso vivido anteriormente. También el personal de trabajo social junto con las enfermeras se encargaba de atender las necesidades tanto psicológicas y sociales que requerían los enfermos de cáncer. Sin embargo al darse cuenta de que los individuos empezaban a enfrentar problemas cognitivos, emocionales y existenciales, sintieron la necesidad de agregar a personal especializado en psicología que pueda atender las quejas de los pacientes que desde un punto de vista médico ya no eran factibles tratar (Robert et al. 2013).

Hoy en día la psicooncología es la ciencia que se interesa por los aspectos psicológicos y comportamentales del paciente con cáncer, el mismo que considera dos dimensiones

psicológicas que son la respuesta emocional de los pacientes y la familia; y los factores psicobiológicos de comportamiento que pueden repercutir en la mortalidad y morbilidad de los pacientes con cáncer (Die Trill, 2003).

1.8 Factores psicológicos asociados a pacientes oncológicos

El cáncer es considerado para la mayoría de las personas como una amenaza a su integridad física, que modifica totalmente el estilo de vida a la persona que lo padece. Genera una serie de emociones en cada etapa del proceso, desde el diagnóstico hasta el tratamiento. Inicialmente el paciente recibe su diagnóstico de una manera negativa con reacciones de enojo, tristeza, confusión, nerviosismo, incertidumbre, preocupación, angustia, miedo a la muerte y depresión que es el síntoma que más prevalece (Cantú y Alvares, 2009).

Una característica importante que describen Cantú y Alvares (2009), es que los pacientes reprimen esas emociones negativas a sus familiares y no expresan lo que verdaderamente sienten por no hacerlos daño, con la idea de que hacen lo mejor. Sin embargo estos sentimientos que no son expresados resultan muy perjudiciales para la estabilidad emocional que el paciente necesita, debido a que no se puede adherir al tratamiento de la manera más adecuada.

Dentro de los trastornos que se evidencian con mayor frecuencia en pacientes oncológicos, están síntomas de depresión, ansiedad, malestar emocional y trastornos adaptativos como consecuencia de la hospitalización, de la adhesión al tratamiento y del apoyo social. En lo que respecta a la depresión es interesante recalcar que en pacientes en el que el estadio de la enfermedad es avanzado, acompañado de un mal pronóstico, existen ideas o riesgo de suicidio (Hernández, Cruzado, Prado, Rodríguez, Hernández, Gonzales y Martín, 2012).

Hernández et al. (2012), describen que la presencia de ansiedad se evidencia cuando existe bajo nivel socioeconómico, cuando la enfermedad están avanzada, las condiciones degenerativas que genera el tratamiento, recurrencia de la enfermedad, y otros procesos como enfrentarse a procedimientos quirúrgicos y el temor a no sobrevivir.

1.9 Intervención psicológica en pacientes oncológicos

Alonso y Bastos (2011), señalan que una enfermedad amenazante como el cáncer genera una desintegración del mundo interior de una persona, debido a que se ve limitada a realizar muchas cosas que antes solía hacer por los síntomas que provoca, y sumado a ello los efectos que se producen por los tratamientos a los que debe someterse.

El cáncer promueve una serie de problemas psicológicos debido a las diferentes etapas que debe pasar el paciente, desde la realización de exámenes como la biopsia y la incertidumbre, al recibir el diagnóstico, los efectos propios de los tratamientos oncológicos, remisión y recurrencia de la enfermedad (Alonso y Bastos, 2011).

Al ser el cáncer una enfermedad catastrófica, implica el cambio radical y abrupto de muchos aspectos de la vida del paciente y de la familia, identificándose en un primer momento una sensación de shock emocional, que genera confusión y no permite adquirir conciencia de lo que está pasando, promoviendo a su vez angustia y negación. El paciente vive un proceso normal de duelo, en el que pierde salud, roles laborales y sociales, y control, pero es necesario para que se dé una adhesión adecuada al tratamiento que le permita adaptarse a la nueva condición de salud y de vida (Robert et al. 2013).

Es por eso que las intervenciones psicológicas que se realizan a los pacientes oncológicos, están dirigidas a mejorar la calidad de vida y la de la familia, a establecer estrategias de

afrontamiento frente a las diversas situaciones que se presentan a lo largo del proceso, incluida la posibilidad de muerte. Son intervenciones que tienen como elemento fundamental la escucha activa, ya que a partir de los problemas que se van generando durante las diferentes etapas de la enfermedad, el terapeuta va trabajando (Ascencio, Rangel y Allende, 2013).

Alonso y Bastos (2011), definen cinco etapas en las que el paciente genera mayor malestar psicológico en las que la mayoría de reacciones que se dan son de ansiedad, miedo y pérdida de control, siendo el diagnóstico uno de los que promueve mayor tensión e inestabilidad emocional; el tratamiento al producir sentimientos de inutilidad por las limitaciones que genera; la remisión de la enfermedad más los sentimientos de que vuelva despiertan la incertidumbre de todo lo vivido anteriormente y el temor a revivirlo, la recidiva o recurrencia de la enfermedad, finalmente la fase terminal que implica la perdida y el duelo que debe vivir el paciente que se enfrenta a esta etapa.

Según Ascencio et al. (2013) la terapia cognitivo conductual es una de las más usadas, debido a su eficacia que tiene en las intervenciones, ya que mezcla técnicas que permiten establecer habilidades para modificar distorsiones que el paciente genera en base a la enfermedad y a los tratamientos a los que se adhiere, con estrategias conductuales que promueven y facilitan la ejecución de tareas que tienen como objetivo la distracción del paciente.

Estos mismos autores identifican que una de las técnicas cognitivas que se utiliza con mayor frecuencia en pacientes oncológicos, es la psicoeducación, la cual se basa en informar de que se trata la enfermedad y como se va a llevar el tratamiento con la finalidad

de que el paciente adquiera consciencia de la situación y que pueda afrontarla de una manera adecuada. A su vez se enseñan técnicas de afrontamiento que ayuden a disminuir la sintomatología física que producen los tratamientos.

Las técnicas conductuales, como expresa Die-Trill (2013), son utilizadas con la finalidad de disminuir sintomatología propia de los tratamientos oncológicos, como son las náuseas, vómitos, fobias, insomnio u otros efectos específicos que generan la quimioterapia o radioterapia. Así también la relajación y la solución de problemas como habilidades que ayudan a reducir malestar físico y tener mayor control sobre el estrés que puede presentar el paciente.

Intervenciones centradas en el aquí y ahora con el objetivo de brindar al paciente un mejor enfrentamiento ante las interrogantes que se presentan con el paso del proceso oncológico. Es por eso que el trabajo psicológico también se centra en el momento o la etapa que atraviesa el paciente en lo que refiere a su enfermedad como tal.

Además recomienda algunas pautas de intervención, inicialmente al momento de recibir el diagnóstico se busca reducir la ansiedad creada por la incertidumbre de cómo va a ser el proceso y la posibilidad de sanarse; cuando un paciente se encuentra en fase avanzada lo principal es impulsar a la resolución de conflictos tanto interpersonales como intrapersonales, cuando se trata de pacientes que son pilares fundamentales de su familia, motivarlos a asignar a personas cercanas responsabilidades importantes que por la enfermedad se ven limitados a seguir llevándolas.

Conclusión

El cáncer es la causa de muerte más frecuente en todo el mundo, debido a los factores ambientales a los que están expuestos los individuos, añadiendo a eso la predisposición genética que presentan. En el Ecuador se evidenció que existe mayor incidencia de la enfermedad en las mujeres, sin embargo los varones también representan un valor significativo, según los diferentes tipos de cáncer que existen.

Los tratamientos que actualmente se usan con mayor frecuencia son, la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, que en la mayoría de ocasiones se realiza con intención curativa, sin embargo cuando la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas generalmente el tratamiento es de tipo paliativo, con el objetivo de disminuir síntomas y reducir el dolor.

Actualmente existe la Psicooncología, especializada en los procesos psicológicos que experimenta el paciente a causa de la enfermedad, ya que al ser una enfermedad significativa influye en gran medida en la vida emocional de los individuos que la padecen. Las patologías más frecuentes generadas por el cáncer son la depresión, ansiedad, estrés post- traumático, trastornos adaptativos, entre otros.

Las intervenciones que se realizan con mayor frecuencia son la psicoeducación, solución de problemas, la relajación, establecimiento de habilidades de afrontamiento, etc. Las mismas que promueven una mejor adaptación y adhesión al tratamiento, permitiéndole al paciente afrontar de una manera adecuada su nueva condición.

Capítulo 2
Cáncer de mama

En el presente capítulo nos centraremos en el tema del cáncer de mama, se explicará su definición, etiología, prevalencia en el Ecuador y sus tratamientos. También se hablará sobre la imagen corporal en las mujeres con cáncer de mama y se hará énfasis en las consecuencias y los aspectos psicológicos que producen tanto la mastectomía como la cuadrantectomía.

2.1 Definición

El cáncer de mama es la proliferación de las células mamarias y se produce habitualmente en las células de los lobulillos, caracterizado por la producción de leche. En menor grado puede originarse en los tejidos estromales. Estas células cancerosas pueden expandirse a los ganglios linfáticos ubicados en las axilas, lo que genera a su vez que puedan expandirse a otros órganos cercanos (Breastcancer, 2014).

Generalmente los cánceres que se dan en el seno son carcinomas, generados en las células epiteliales que envuelven a los órganos y tejidos del seno respectivamente. También se clasifican según la función de las proteínas dentro de grupos como receptor hormonal positivo o triple negativo. A partir de esto se pueden clasificar los tipos más comunes como el carcinoma ductal in situ, en donde las células no se propagan a otras partes que rodean al seno; carcinoma ductal invasivo se considera uno de los más comunes; carcinoma lobulillar invasivo considerado uno de los menos frecuentes y difícil de detectar (American Cancer Society, 2015).

2.2 Etiología

Según Angarita y Acuña (2008) EL cáncer de mama puede manifestarse por diferentes causas, dentro de los factores de riesgo más frecuentes se encuentran:

Gestación

Mujeres mayores de 35 años que tienen su primer hijo pasado esta edad, tienen mayor predisposición a desarrollar cáncer de seno.

Anticonceptivos orales

Consumir estas pastillas aumenta el riesgo de padecer cáncer sin embargo cuando una mujer ya es diagnosticada de cáncer de mama y ha consumido los anticonceptivos, tiene menor riesgo de encontrarse en una etapa muy avanzada.

Terapia de remplazo hormonal

Al ser un método que retrasa la menopausia y aumenta la densidad de la mama, aumenta la probabilidad de riesgo cuando se extiende el uso del mismo y puede llegar a tener una incidencia de 30 a 50%.

Estilo de vida

Existe mayor riesgo cuando no existe actividad física debido a que estudios comprueban que el llevar un ejercicio rutinario produce un efecto de beneficio para disminuir la probabilidad de desarrollar cáncer de seno. También se indica que las dietas pueden reducir la densidad de la mama.

Genética e historia familiar

Uno de los factores más importantes es la mutación o alteración genética, como la herencia que se presenta en 7 a 10% de casos. El gen que tiene mayor prevalencia es el BRCA1, BRCA2 o ambos.

Es importante señalar que la mutación del gen BRCA1 tiene mayor prevalencia en mujeres pre menopáusicas, teniendo el 50% a la edad de 50 años y el 87% a los 70 años, mientras que el gen BRCA2 se presenta en mujeres jóvenes y también en los hombres (Uribe, 2009).

Según la enciclopedia médica Medlineplus (2014) en una publicación realizada sobre cáncer de mama, señala que otra causa para padecer esta enfermedad está la edad y el sexo, presentándose con mayor frecuencia en mujeres adultas de más de 50 años de edad, y aunque existe presencia en los varones también, es 100 veces menos probable que se dé que en el caso de las mujeres.

En esta misma publicación indica que los antecedentes familiares de cáncer de mama también son un factor de riesgo, debido a que existe mayor vulnerabilidad en mujeres que tienen familiares cercanos con presencia de este tipo de cáncer, y aún más cuando son familiares de primer grado. Otro factor es el ciclo menstrual un posible determinante de cáncer ya que las mujeres que han iniciado de manera precoz sus periodos menstruales o presentan menopausia tardía, tienen mayor riesgo a sufrir la enfermedad. Así también incluye al consumo de alcohol, la hormonoterapia, obesidad, radiación como posibles factores de riesgo.

2.3 Prevalencia en el Ecuador

Cueva y Yépez (2014), señalan que dentro del periodo 2006-2010, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de incidencia anual por 100.000 habitantes, con un porcentaje de 35,8% dentro de las localizaciones más frecuentes en las mujeres de la ciudad de Quito y que la tasa de mortalidad promedial anual es del 12,4%. Cueva y Yépez también

demuestran que dentro de las incidencias más altas en el mundo y Latinoamérica, el cáncer de mama en el Ecuador, ocupa el puesto número 56.

Dentro del Ecuador, las tasas de incidencia demuestran que Quito ocupa el primer lugar con un 35,8%, en segundo lugar Guayaquil con 34,7%, en tercer lugar Loja con 32,0% y en cuarto lugar Cuenca con 25,8%. En Cuenca las tasas de incidencia por edad de las principales localizaciones de cáncer en mujeres, durante el periodo 2005-2009, demuestran que el cáncer de mama ocupa el primer lugar con un 25,8% y en la tasa de mortalidad se encuentra en segundo puesto con 5,9%. Concluyendo a través de los resultados llegaron a comprobar que desde el año 1996 hasta el 2009, tanto la incidencia y la mortalidad han incrementado en gran medida (Cueva y Yépez, 2014).

Según el Instituto de Solca (s.f) la prevalencia del cáncer de mama se presenta en mujeres entre 44-65 años de edad, (80%) y con menor frecuencia en personas menores a 30 años. La incidencia va en aumento en las mujeres que tienen 35 años en adelante y alcanza valores de 168 x 100.000 en mujeres que tienen más de 75 años de edad. Situación que tiene relación con la escolaridad como indicador de la situación socioeconómica, teniendo como referencia que los casos más frecuentes se dan en mujeres con niveles de instrucción baja.

2.4 Tratamientos

Principalmente el tratamiento del cáncer de mama es de carácter multidisciplinario, que combina cirugía, radioterapia y quimioterapia. Dependiendo como se encuentra el cáncer se establece el tratamiento óptimo que ayude a mitigar la enfermedad, no en todos los casos se

combinan las tres modalidades, a veces es necesaria solo una o la combinación de ellas (Arce, Bargalló, Villaseñor, Gamboa, Lara, Pérez y Villarreal, 2011).

Según Domínguez (s.f) los métodos de tratamiento se dividen en locales y sistémicos, dentro del primer grupo se encuentra la cirugía y la radioterapia, usados generalmente para extirpar las células cancerosas que se encuentran ya sea en la mama, axila o ambas; y en el segundo grupo están lo más comunes como la quimioterapia, hormonoterapia y terapia de dianas moleculares, generalmente buscan controlar y evitar que las células cancerosas se expandan a otros lugares del cuerpo.

Arce et. al. (2011), señala que el tratamiento quirúrgico se divide en cirugía conservadora y cirugía mutilante que incluye diferentes variedades. Dentro de las cuales se encuentra la mastectomía total o radical, que consiste en la extracción completa del tejido mamario que incluye el pezón y la disección de la axila que permite disminuir la probabilidad de recurrencia.

En una publicación de American Cancer Society (s.f), señala que la mastectomía simple consiste en la extirpación de todo el seno, incluyendo el pezón, sin embargo aquí no se da resección de las glándulas linfáticas axilares como en el procedimiento anteriormente mencionado. También está la mastectomía con conservación de la piel, en la que se extirpa el tejido canceroso pero se deja intacta la parte de la membrana que incluye el pezón y areola.

En la misma publicación se menciona otro tipo de cirugía que se encuentra dentro de la conservadora, es la mastectomía parcial o también denominada tumorectomía o cuadrantectomía, la misma tiene como finalidad extraer el cáncer y una parte del tejido

normal circundante con el objetivo de que no quede ninguna célula cancerosa que pueda provocar recurrencia de la enfermedad.

Finalmente esta la cirugía reconstructiva, con la finalidad de devolver la apariencia natural de un seno normal, sin embargo para este tipo de procedimiento es necesario que la paciente solicite el punto de vista de un cirujano plástico antes de someterse a este tipo de intervención, debido a la importancia que implica por el padecimiento de la enfermedad. Existe la opción en algunos países que cuentan con el personal necesario, de realizarse la mastectomía y a su vez la cirugía reconstructiva con el objetivo de prevenir algún impacto emocional negativo que ocasionalmente se suele presentar posterior a la intervención de extracción del seno.

2.5 Imagen corporal en mujeres con cáncer de mama

En general la sociedad da mayor importancia a lo que hace referencia con la belleza, siendo las idealizaciones que hacen a algunas personas reconocidas en representación a la perfección física y material, dando como resultado la percepción errónea de que el aspecto físico lo es todo y que esto a su vez propicia la felicidad anhelada. A partir de esta situación empieza a surgir el interés por la imagen corporal que es la percepción subjetiva de la parte física, influida por aspectos emocionales, psicológicos y sociales, así también la forma como pensamos y sentimos acerca de nuestro propio cuerpo, es por eso que la imagen corporal supone tener un cuerpo completo (Vásquez, s.f).

Vásquez (s.f) señala que las mamas femeninas representan directamente a la femineidad, tal es el caso de la transformación de las mismas en la transición de ser niña a mujer, y es por eso que es una parte fundamental porque influye directamente en las relaciones personales

y la autoestima, debido a que son de gran importancia cuando se refiere a aspecto físico. El hecho de que una mujer sea mutilada o que tenga que pasar por un tratamiento agresivo como lo es la mastectomía en cualquiera de sus variedades y también reciba quimioterapia o radioterapia, representa una pérdida importante en el cuerpo de una mujer, ya que supone una modificación en cuanto a su forma de percibirse y sentirse en muchos aspectos de su vida.

En una publicación realizada por Brito (2009), explica cómo los medios de comunicación ponen mayor énfasis a los pechos de la mujer, poniendo como referencia a los senos grandes como símbolo de belleza y competitividad cuando se refiere a las apariencias. Por esta razón se ha evidenciado que existe mayor dificultad de aceptación corporal en mujeres más jóvenes a diferencia de las adultas mayores, debido a las expectativas que tienen acerca de la apariencia física, ya sea por la dificultad de relacionarse con el sexo opuesto y de poder llevar una relación interpersonal normal o simplemente por la forma en cómo se perciben así mismas y a su cuerpo en relación con otra personas del mismo género.

Se ha podido observar que existen algunas variaciones en cuanto a las diferentes intervenciones quirúrgicas, siendo estas la mastectomía y la cirugía conservadora o antes mencionada cuadrantectomía o tumorectomía, también denominada mastectomía parcial. En general se demuestra que ambas intervenciones traen como consecuencia estrés psicológico general, satisfacción marital y situaciones de carácter sexual. Sin embargo las mujeres que conservan aun el aspecto normal de los senos después de haber pasado por un tratamiento conservador (mastectomía parcial), se sienten más cómodas con su desnudez y tienen mayor seguridad con relación a las mujeres mutiladas por completo que demuestran lo contrario (Brito, 2009).

En conclusión Brito (2009), indica que en general las mujeres siempre están preocupadas por verse bien físicamente, incluyendo peso corporal, apariencia física, mantener la textura de la piel, que indudablemente van ayudar a generar malestar psicológico significativo y dificultad de adaptación cuando se dan cambios en su cuerpo que promueven una alteración en su forma de percibirse que en la mayoría de los casos no es acorde con la realidad. La imagen corporal representa un pilar fundamental para enfrentar adecuadamente la enfermedad y su distorsión es precursora de cambios psicológicos importantes.

2.5.1 Aspectos psicológicos relacionados a la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama

Existen situaciones que están relacionadas con el tipo de tratamientos que se dan en el cáncer de mama, uno de ellos y que anteriormente ya fue mencionado es la imagen corporal, sin embargo aquello no solo implica la forma de percibirse incompleta físicamente, sino que también trae consigo una variedad de problemáticas asociadas a la pérdida del seno.

En cuanto a las diferentes consecuencias que trae consigo los tratamientos para el cáncer de mama como la cirugía conservadora o la mastectomía, Segura, García y Gutiérrez (2014) mencionan que después de la intervención quirúrgica las mujeres empiezan a generar preocupaciones acerca de la continuación normal de las relaciones sexuales que llevan con sus parejas, debido a los sentimientos de temor y miedo a ser rechazadas por la pérdida de su seno, generando en algunas situaciones falta de interés sexual. Así también se presentan sentimientos de vergüenza por mostrar su desnudez o por verse al espejo, lo que genera una valoración negativa de su atractivo físico y a su vez la percepción de ser menos femenina que las demás mujeres.

Según Casillas y Cerveró (2010) algunas mujeres que continúan manteniendo relaciones íntimas con su pareja, se muestran frustradas cuando se trata de mostrarse desnudas por lo que prefieren permanecer con el sujetador o una camiseta durante el acto sexual, lo que les permite tener mayor seguridad y les brinda más tranquilidad. En general la actitud que tiene la pareja es positiva y comprensiva, se ha demostrado que en 7 de 10 casos actúan con naturalidad, sin embargo ellas son las que se muestran renuentes y buscan muchas veces excusas para no mantener relaciones.

Se han presentado casos en los que las mujeres prefieren romper esos lazos afectivos para no mostrarse con su nueva condición por el temor a ser avergonzadas. Pero en algunos de ellos sus parejas han demostrado su apoyo y han estado acompañándolas en todo momento lo que permite que ellas cambien su comportamiento y vean de otra manera la situación. Sin embargo en otros casos las parejas han mantenido su distancia porque no aceptan la nueva imagen de la mujer sometida a una intervención quirúrgica, provocando sentimientos de desprecio y de desesperanza (Casillas y Cerveró, 2010). Estos cambios que se observan en la actividad sexual de las mujeres como antes ya se han mencionado, son más frecuentes o más notorios en mujeres jóvenes menores de 50 años, debido a que expresan tener conflicto en cuanto al funcionamiento sexual, a la dificultad de poder llegar al orgasmo y a disfrutar del sexo (Juárez y Landero , 2011).

Por otro lado el valor que se da a los senos en la cultura es sumamente grande, y es por la razón de que aparte de representar la femineidad también simbolizan maternidad, debido a la lactancia, a la posibilidad de nutrir a sus hijos que a su vez permite establecer un primer vínculo afectivo que en lo posterior va a dar paso a la socialización con las demás personas. Sin embargo al extirpar un seno o ambos, la mujer pierde ese sentido y esas ganas de

concebir, debido a los sentimientos que se generan por la pérdida, y por la percepción de sentirse incompletas (Capullín, 2014).

Juárez y Landero (2011), señalan que el tipo de cirugía al que las mujeres se someten tiene mucha relación con las alteraciones que pueden presentarse en lo posterior, ya que a diferencia de la cirugía conservadora en el que las mujeres tienen una imagen un poco más positiva de sí mismas y son menos vulnerables a desarrollar sentimientos de perdida, las mujeres que se someten a mastectomía radical muestran mayor dificultad en la adaptación a su nueva condición, sin embargo las diferencias no son significativas. Además se generan preocupaciones acerca del aumento o pérdida de peso, alopecia, entre otros efectos secundarios que se dan al recibir quimioterapia.

En un estudio realizado por Aguilar, Neri, Mur y Gómez (2013) demostraron que el contexto sociocultural y variables sociodemográficas como la edad, estado civil, nivel educativo, también influye en la percepción corporal de las mujeres. Identifican que las mujeres que tienen un nivel educativo bajo son menos susceptibles a desarrollar los problemas antes mencionados por la falta de información que tienen acerca de la enfermedad, a diferencia de las que poseen mayores conocimientos sobre la situación.

Conclusión

Actualmente el cáncer de mama es considerado como la segunda causa de muerte según la organización mundial de la salud (OMS), y en nuestro país no es la excepción ya que ocupa el puesto número 56 dentro de las incidencias más altas en el mundo y Latinoamérica. Es una enfermedad que generalmente es provocada por una alteración genética en los genes

BRCA1, BRCA2, sin embargo existen otras causas que la generan como son los antecedentes familiares, estilo de vida, ciclo menstrual, entre otros.

En cuanto a los tratamientos se menciona la cirugía conservadora o también denominada cuadrantectomía y a la mastectomía en sus diferentes variedades. Las mismas que son combinadas con tratamientos sistémicos que son la quimioterapia, radioterapia y la hormonoterapia entre las más importantes. Todas estas se combinan y son administradas ya sea antes o después de la intervención quirúrgica, dependiendo de cómo este el cáncer y cuál es la mejor manera de tratarlo.

Uno de los problemas más importantes que tiene el cáncer de mama, es el impacto que genera la operación en la imagen corporal de la mujer acerca de su cuerpo y la forma en cómo se percibe, y sumado a esto los problemas vinculados a los aspectos sexuales que las mujeres tienen que sobrellevar.

Capítulo 3
La cognición

En el presente capítulo se analizarán las distorsiones cognitivas, aspecto importante para los procesos terapéuticos, los pensamientos automáticos y a su vez la formación de las distorsiones cognitivas. También se especifican las principales distorsiones cognitivas que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres con cáncer de mama.

3.1 Definición de cognición

Según Morris y Maisto (2005) la cognición se define como: "Los procesos por los cuales adquirimos y usamos el conocimiento" (pág. 219). Para el mismo autor son procesos inevitables que permiten obtener la información y traducirla al lenguaje cotidiano, a través de la percepción, el aprendizaje y la memoria. Todos estos procesos se explican desde la psicología cognitiva, la cual indica que están determinados por la forma de pensar, la forma de actuar y sentir de cada persona, ya sea de manera positiva o negativa (Arbeláez, 2000).

Este autor menciona algunos precursores de la terapia cognitiva tales como Gardner (1987) que propone un nuevo rumbo para la psicología, postulando la revolución cognitiva como método para retomar algunos procesos como la memoria, atención y razonamiento. Otro de los precursores en la corriente de la psicología cognitiva están Piaget (1975), quien puso énfasis en la inteligencia por suponer que los pensamientos del sujeto se construyen en base a la relación que establece con el objeto, y Vigotsky (1989), que dio mayor importancia al origen y el desarrollo de las funciones psicológicas superiores, basándose en la interacción directa del individuo con la sociedad, debido a que sin esta relación era imposible entender el funcionamiento de los procesos cognitivos como tal.

2.2 Pensamientos automáticos

Los pensamientos automáticos están construidos en base a las palabras e imágenes que se generan en la consciencia de cada persona y que tienen algún significado específico, estos están representados por esquemas o creencias que se encontraban latentes, pero que por algún evento vital estresante han sido activados formando ciertas distorsiones en el procesamiento de información que van a influir directamente en la parte emocional, conductual y fisiológica de cada individuo. Son pensamientos que subyacen involuntariamente y no son controlados, se encuentran en el nivel más superficial dentro de los productos cognitivos y su nivel está determinado por los esquemas cognitivos, los mismos que conforman estructuras profundas y estables (Mainieri, s.f).

Beck (2000) sostuvo que los pensamientos automáticos constituyen un flujo de pensamientos los cuales coexisten con otros más conscientes, ya que la mayoría de las acciones ocurren bajo un procesamiento de información no controlado. Dentro de las principales características que tienen los pensamientos automáticos está el diálogo interno, se traduce en mensajes cortos con palabras clave, son involuntarios e inconscientes, se presentan espontáneamente cuando existen emociones intensas, generalmente son exageraciones, son aprendidos desde cualquier momento de la etapa de la vida y por lo general las personas creen el contenido de dichos pensamientos (Riso, 2006).

2.3 Distorsiones cognitivas

De acuerdo a Ellis y Abrahms (2005) las distorsiones cognitivas son las que establecen las creencias mal adaptativas, que a su vez generan perturbaciones en el pensamiento. De igual manera Rigo (2013) señala que son errores del procesamiento de información que se

encuentran en los niveles más profundos de la consciencia, tienen relación directa con creencias que generalmente no concuerdan con la realidad e influyen en el comportamiento y el estado emocional de las personas. Estas percepciones erróneas son dirigidas para uno mismo, el mundo o el futuro. Dichas distorsiones también se conocen como pensamientos negativos automáticos o creencias disfuncionales o irracionales.

Estas distorsiones se generan a partir de experiencias pasadas, de las que tiende a generalizarse y a pensar que va a ser así por el resto de la vida. Se forman esquemas mentales acerca de cómo percibe las cosas en base a situaciones del pasado que lo marcaron y por más que las situaciones no sean las mismas, el individuo va a interpretarlas como lo hizo la primera vez, generando un error que aparentemente resulta ser verdadero, pero que está sesgado por el significado que anteriormente le dio al suceso y que inconscientemente lo grabó en su memoria (Rigo, 2013).

Lemos, Londoño y Zapata (2007) señalan que las distorsiones cognitivas son esquemas nucleares que los individuos asocian de manera directa con el procesamiento de información debido al aporte de las ideas centrales que reciben de sí mismos y del resto, que a su vez actúan en base a las necesidades, intereses y propósitos de cada persona.

De acuerdo a Estévez y Calvete (2009) cuando los esquemas cognitivos anteriormente mencionados, se distorsionan, magnifican la información que procesa el cerebro de una persona e inconscientemente confirma el esquema dejando a un lado la verdad objetiva de los hechos. Es por eso que las distorsiones son consideradas autodestructivas, debido al impacto que provocan ya que como características propias son rígidas, disfuncionales,

resistentes al cambio, aparentemente indiscutibles, pero lo más importante es que van a guiar y determinar los pensamientos, sentimientos y conductas.

2.4 Principales distorsiones cognitivas

Según Madewell, J. y Shaughnessy, M. (2009) las distorsiones cognitivas son errores frecuentes que se dan en la forma de procesar la información. Estos autores describen las 15 distorsiones más frecuentes:

2.4.1 Filtraje o abstracción selectiva

Supone la selección de un solo punto de una situación y a partir del mismo interpretar toda la situación sin tomar en cuenta otras consideraciones que pueden contradecir su percepción de las cosas. Generalmente se guarda lo negativo y se olvida lo positivo. Existen ciertas palabras que pueden servir para detectarla, tales como “no puedo soportar esto”, “es horrible”, etc.

2.4.2 Pensamiento polarizado

Se basa en estimar un acontecimiento de manera extrema, siempre guiándose por lo bueno o malo, sin considerar aspectos neutros o intermedios. Las palabras clave que facilitan la detección de esta distorsión son: “es todo o nada”, “blanco o negro”, “lo hago bien o mal”.

2.4.3 Sobregeneralización

A partir de una situación específica, saca una conclusión general sin una base suficiente que la sustente para ser valedera. Las palabras clave son: “todo… nadie…nunca…siempre…ninguno”.

2.4.5 Interpretación del pensamiento

Sin ninguna base interpreta lo que los demás piensan o sienten acerca de algo, en la mayoría de ocasiones se trata de proyectar sus propios pensamientos o sentimientos a los demás, dando por hecho que los demás tienen similitudes con uno mismo acerca de lo que siente y piensa. Las palabras clave que permiten esclarecer esta distorsión son: “eso se debe a…” , “sé que eso es por…”.

2.4.6 Visión catastrófica

Supone anteponer las situaciones de manera catastrófica, poniendo en peligro su propia vida sin ninguna prueba que lo demuestre. Generalmente la frase que se identifica es: “y si me sucede eso a mí…”.

2.4.7 Personalización

Consiste en tomar situaciones ajenas y asumirlas como si fueran propias. También se compara frecuentemente con los demás Las palabras que hacen alusión a esta distorsión son: “sé que eso es por mí…”.

2.4.8 Falacia de control

Se basa en la forma como se ve una persona así misma en relación al grado de control que tiene sobre las cosas y las circunstancias que ocurren en su vida. Estas pueden ser vistas desde un punto en el que posee todo el control de las cosas que ocurren en su entorno, o lo contrario siendo la impotencia de no poder hacer nada frente a los acontecimientos que se

dan en su vida. Las palabras clave son: “si los demás cambian su actitud, me sentiría mejor…”.

2.4.9 Falacia de justicia

Consiste en asignar algo como injusto cuando no es acorde a los deseos propios. Las palabras clave que se identifican son: “es injusto que…”, no hay derecho a…”.

2.4.10 Razonamiento emocional

La persona da por hecho que sus sentimientos hacia algo son verdaderos. Son emociones que se sienten y se toman como un hecho objetivo sin darse cuenta de que son producto de la interpretación personal de los acontecimientos. Las palabras clave son: si me siento así es porque se debe a…”.

2.4.11 Falacia de cambio

Se basa en la creencia de que el bienestar propio depende de los actos de los demás, es decir para que las necesidades de una persona sean efectuadas, el resto debe cambiar su comportamiento. Las palabras identificadas son: “si el cambia, yo…”.

2.4.12 Etiquetas globales

Supone establecer un nombre específico o etiqueta global general, en la mayoría de ocasiones con el verbo “ser”, a todos los aspectos de una situación o una persona, simplificándolo a un solo elemento. Las palabras que caracterizan esta distorsión son: “es alguien increíble”, “los negros son ladrones”.

2.4.13 Culpabilidad

Se basa en atribuir la responsabilidad ya sea a sí mismo o a los demás sin base alguna o suficiente, una circunstancia sin considerar aspectos que favorecen a los hechos. Generalmente ese sentimiento de culpa no permite el cambio de actitud, sino que favorece a la repetición de malos actos. Las palabras clave son: “es mi culpa por…”, “es su culpa…”.

2.4.14 Los deberías

Consiste en el hecho de mantener las reglas al margen como se supone que deben ocurrir, y si por alguna razón estas se incumplen se considera inaceptable y a su vez promueve la alteración emocional. Es una de las distorsiones consideradas el elemento base para los trastornos emocionales. Las palabras clave son: “debería de…”, “tengo que…” no debería de…”, “no tengo que…”.

2.4.15 Tener razón

Consiste en anteponer su punto de vista que supone ser correcto ante algún comentario, sentimiento, conducta o situación que considere un desacuerdo. Sin importar si sustenta argumentos suficientes, la persona ignora y no escucha. Las palabras clave son: “yo tengo la razón porque…”, “sé que estoy en lo cierto… él/ella está equivocado”.

2.4.16 Falacia de recompensa divina

Se basa en la tendencia a no solucionar las dificultades del momento, suponiendo que el acontecimiento se solucionará mágicamente en el futuro, o será recompensado algún momento ya sea por sufrimiento o por algún aspecto negativo que le ha tocado vivir. Las

palabras clave identificadas son: “algún día tendré mi recompensa…”, “ya vendrán mejores tiempos…”

2.4 Distorsiones cognitivas que presentan las mujeres con cáncer de mama

Todas las enfermedades crónicas generan malestar emocional en los diferentes aspectos de la vida de los pacientes, los mismos que a su vez pueden promover la creación de pensamientos negativos asociados a la situación que están viviendo y que perturban de manera constante al enfermo. Son pensamientos que al intensificarse, se convierten en distorsiones cognitivas, las mismas que a veces pueden ser extremas e incongruentes con la realidad. Por lo tanto dichos procesos cognitivos alterados provocan la interpretación de la situación como amenazante y peligrosa (Hernández y Landero, 2013).

Olivares (2004) señala que la imagen corporal en las mujeres implica diferentes áreas, las mismas que se dividen en: perceptiva, que hace referencia a la forma como uno valora su apariencia física; cognitiva basada en centrar la atención a una parte del cuerpo y a partir de esto generar autoafirmaciones innatas y creencias relacionadas a la apariencia física; y una área emocional que tiene que ver con experiencias positivas y negativas que están asociadas a imagen corporal.

De esta manera el autor identifica la presencia de las distorsiones cognitivas más comunes basadas en el auto diálogo interno que se relacionan con la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama, siendo la magnificación, el razonamiento emocional, pensamiento polarizado, atención selectiva y adivinación del pensamiento.

En un estudio de caso realizado por Barraza (2004) se identificó que el hecho de recibir un diagnóstico de cáncer de mama, genera sentimientos de indefensión, impotencia de no tener

el control de la situación e incertidumbre frente a la situación estresante, y por lo tanto empiezan a surgir pensamientos catastróficos relacionados a la enfermedad o a la forma en cómo se va a afrontar los diversos tratamientos a los que debe someterse, que pueden llegar a intensificarse dando lugar a una distorsión cognitiva como la de visión catastrófica.

Aparte de las distorsiones cognitivas anteriormente mencionadas también se evidenció la presencia de la personalización.

Según Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado (2014) las distorsiones cognitivas se generan por el significado que las personas le dan a los sucesos como el cáncer de mama, y generalmente tienen que ver con la imagen corporal y la forma de percibirse a sí misma, es por eso que una de las principales distorsiones que se presenta es la atención selectiva con referencia a la parte afectada que en este caso es el seno o los senos amputados, ya que tienden a focalizar su atención en la nueva apariencia asimétrica y filtran sus pensamientos en base a ese aspecto corporal.

Por otra parte también empiezan a magnificar las secuelas de la intervención quirúrgica, que en este caso la cicatriz, la misma que al ser de gran tamaño en la mayoría de ocasiones abarca toda el área del pecho, genera pensamientos erróneos asociados a la pérdida del atractivo personal, tanto como persona y a nivel sexual en cuanto a la identificación de la femineidad (Martínez et. al, 2014).

Es importante señalar que Martínez et. al (2014) mencionan que estas alteraciones en la cognición se dan con mayor frecuencia en las mujeres que son jóvenes debido a la importancia que tiene su atractivo y su fertilidad en la etapa de vida que se encuentran, y es más común en aquellas que son solteras y que no disponen pareja, ya que al no tener una

relación estable con alguien, les provoca más inseguridad y muchas veces presentan conductas evitativas frente a las relaciones sociales.

Conclusión

La cognición es el medio por el cual adquirimos el conocimiento y lo usamos, es la manera como la información es procesada, codificada, y transmitida. Las dos corrientes influyentes en los procesos cognitivos que interactúan entre si son, la psicología cognitiva y la ciencia cognitiva, las mismas que tienen fundamentos conductuales.

De acuerdo a la forma de interpretar los acontecimientos que tiene cada persona, pueden presentarse los pensamientos automáticos, los cuales pueden magnificarse de tal manera que llegan a formar una distorsión del pensamiento, el mismo que va a influir directamente en la forma de actuar y sentir de cada individuo.

Además tiene una gran importancia dentro del cáncer de mama, debido a que algunas de esas distorsiones se encuentran presentes, las mismas que van a exacerbar aún más la parte emocional de la persona afectada y sobre todo va a influir en la forma de percibir su imagen corporal y su forma de actuar a la hora de relacionarse.

Capítulo 4
Metodología

4.1 Diseño de la investigación.

Este estudio tuvo una orientación descriptiva analítica con un enfoque cuantitativo.

4.2 Descripción de los participantes

El presente estudio fue realizado en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA-Cuenca). Los datos a presentarse corresponden a la ficha sociodemográfica.

En este estudio se trabajó con 30 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, de las cuales el 67% fueron sometidas a mastectomía y 33% realizadas la cuadrantectomía. La edad de las pacientes tiene un rango entre 31-75 años. La mayoría de casos (53%) se diagnosticaron a partir de los 51 años.

Tabla 1 Cuadro de relación entre variable de Estado civil y Edad
Fuente: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. SOLCA (2015). Cuenca- Ecuador.

Relación Edad y Estado Civil								
	Soltera	**Casada**	**Divorciada**	**Separada**	**Viuda**	**Unión libre**	**Total**	**Porcentaje %**
31-40años	1	1		1			3	10
41-50 años		7	1	1	1	1	11	37
51-60 años	1	6	2				9	30
61-70 años		3	1				4	13
71 y mas		1	1		1		3	10
Total	2	18	5	2	2	1	30	100

Aplicado por: Marcela Coello

En cuanto al estado civil gran parte son casadas con un 60%, seguido por las divorciadas con 17%. Tanto las mujeres solteras, separadas y viudas obtuvieron un 7%, y un 3% representa al grupo de mujeres que se encuentra en la categoría unión libre.

De acuerdo al nivel de instrucción la mayoría de casos (54%) llegaron hasta la primaria completa. Luego se encuentran las pacientes que permanecieron hasta la primaria incompleta, secundaria incompleta y secundaria completa con el 13%, finalmente solo el 7% ha terminado el tercer nivel/universidad completa. El nivel socioeconómico fue evaluado a partir del criterio de las participantes, siendo el 60% para un nivel bajo, y con el 40% se encuentra el nivel medio.

Con respecto a si recibieron un tratamiento previo de quimioterapia, el 73% contestaron no haber tenido, frente a 27% quienes confirmaron haber recibido quimioterapia antes de someterse a la cirugía.

Procedimiento

Simultáneamente se aplicó la Escala de Distorsiones Cognitivas y la Escala de Imagen Corporal S-BIS, junto a la ficha sociodemográfica, después de los 30 primeros días posteriores a la cirugía. El empleo de los reactivos se ejecutó en la sala de espera, en donde las mujeres esperan su turno para su chequeo rutinario.

4.3 Descripción del Instrumento

Para el presente estudio se aplicó la Escala de Imagen Corporal (S-BIS), realizada por Penélope Hopwood, 2007. Cuya finalidad es evaluar la imagen corporal que tienen las mujeres con cáncer de mama después de la mastectomía o cuadrantectomía. El reactivo consta de 10 ítems, los cuales están destinados a medir tres dimensiones fundamentales que

son la cognición, pensamientos y comportamiento acerca de su imagen corporal. Presenta una escala de calificación tipo likert de 0 a 3 con las siguientes valoraciones: En absoluto (0); Un poco (1); Bastante (2) y Mucho (3). La mayor puntuación es de 30 puntos, es decir a mayor puntuación existe más afectación. A partir de una puntuación de 15, ya se considera tendencia a la alteración. La aplicación del test oscila entre 10 a 15 minutos.

Esta prueba demostró su confiabilidad y validez en un estudio realizado por Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2007) en Madrid, con 188 mujeres intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mama. Para confirmar la validez conceptual de este instrumento se ha realizado un análisis factorial de un factor (método de componentes principales, rotación varimax). La fiabilidad del instrumento, utilizando el índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala de Imagen corporal fue de 0,880 (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

Para determinar las distorsiones cognitivas se utilizó la Escala de Pensamientos Automáticos de Luis Luján, 1991. El objetivo dela escala es identificar que distorsiones cognitivas son más prevalentes en las pacientes mastectomizadas o realizadas cuadrantectomía. Evalúa las siguientes distorsiones cognitivas: abstracción selectiva, pensamiento polarizado, sobre generalización, interpretación de pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, falacia de cambio, razonamiento emocional, etiquetas globales, culpabilidad, deberías, tener razón y falacia de recompensa divina. Presenta una escala de calificación tipo likert de 0 a 3 con las siguientes valoraciones: Nunca pienso eso (0); Algunas veces lo pienso (1); Bastantes veces lo pienso (2) y Con mucha frecuencia lo pienso (3). Una puntuación de dos o más para cada pensamiento automático suele indicar que le está afectando actualmente a la persona, de

manera importante, ese tema. Una puntuación de seis o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que tiene cierta tendencia a incomodarse por determinada forma de interpretar los hechos de la vida.

4.4 Análisis estadístico de los datos

A través de la recolección de información, los datos han pasado por un proceso de análisis en los que la información se describe de manera cuantitativa por medio del programa SPSS (versión 22), el mismo que sirvió de apoyo para realizar la base de datos de la muestra. De igual manera se recopilaron los datos de la ficha sociodemográfica, para luego realizar un análisis de las mismas que se verán reflejadas en gráficos estadísticos.

El análisis cuantitativo será en base a la estadística descriptiva inferencial. Para establecer la relación entre las variables imagen corporal y distorsiones cognitivas se utilizará la prueba de chi- cuadrado.

4.5 Resultados

A través del análisis de los datos, se procede a relacionar a estos con los objetivos de investigación que fueron planteados para el presente estudio.

De acuerdo al **primer objetivo**, se estableció que la prevalencia de distorsiones cognitivas que presentan las mujeres con cáncer de mama realizadas la mastectomía o cuadrantectomía, fue de un 60%, en donde sobresale la distorsión: “Falacia de recompensa divina” (En detalle se presenta en la figura 1).

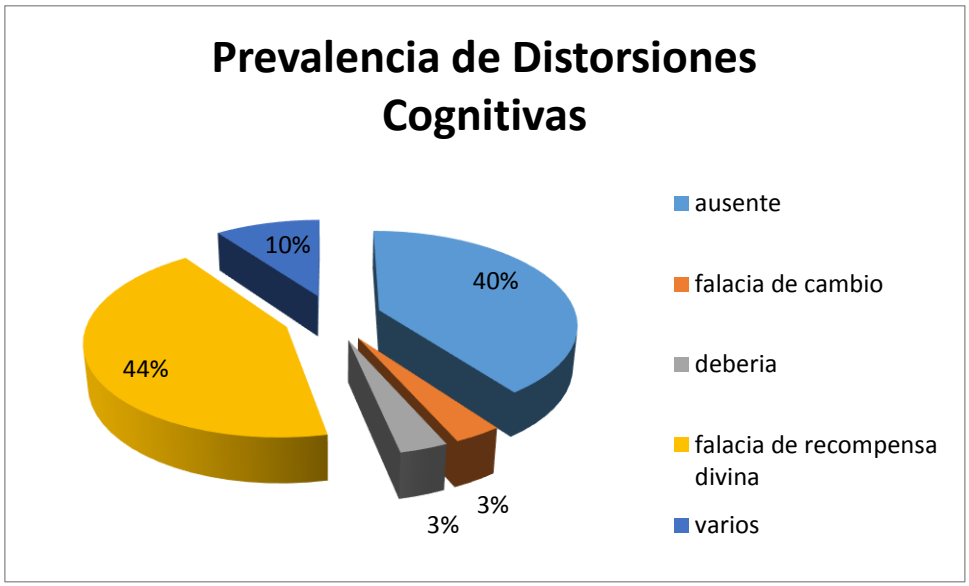

Ilustración 1Prevalencia de Distorsiones Cognitivas
Fuente: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. SOLCA (2015). Cuenca- Ecuador.
Aplicado por: Marcela Coello
Nota: Se elaboró una categoría denominada ¨varios¨ para describir a los casos que obtuvieron más de una distorsión dentro del reactivo.

Conforme al **segundo objetivo**, de las 30 pacientes analizadas, 2 presentaron alteración en la imagen corporal según la puntuación teórica establecida, con un puntaje de 18 y 28 respectivamente.

Según el análisis de la imagen corporal, la media de las puntuaciones fue de 8,5 con una desviación estándar de 5,42, un mínimo de 0, un máximo de 28 y una mediana de 7.

Es importante señalar que de acuerdo a la puntuación teórica que establece la autora Penélope Hopwood (2007) de la Escala de Imagen Corporal (S-BIS), una persona presenta alteración en su imagen cuando su puntaje es mayor a 15, no obstante en este estudio la distribución no fue normal y es por eso que se trabajó en base a la mediana.

A partir de los datos obtenidos por la Escala de Imagen Corporal (S-BIS) de Penélope Hopwood (2007) y según la mediana de 7 se establecieron dos categorías que definen el grado de alteración en la imagen corporal. En el caso de las mujeres que reflejaron en sus

puntuaciones una valoración mayor a 7 se las agrupo en la categoría ¨baja¨, las cuales representan el 63,3%, lo que indica una tendencia a presentar mayor alteración en la imagen corporal, mientras que el grupo restante pertenece a la categoría ¨alta¨ denominada así por no presentar alteración en la imagen corporal, alcanzó 36,7%.

De esta manera se pudo llegar a la conclusión que de acuerdo a la puntuación teórica de la escala de imagen corporal, la mayoría de participantes de esta investigación no presentó alteración en la imagen corporal.

4.5.1 Análisis de preguntas de la Escala Imagen Corporal.

Tabla 2. **Análisis de preguntas de la escala de Imagen Corporal (S-BIS).**
Fuente: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. SOLCA (2015). Cuenca- Ecuador.

	Imagen Corporal							
	Mucho		Bastante		Un poco		En absoluto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Pregunta 1	1	3,3	3	10	19	63,3	7	23,3
Pregunta 2	1	3,3	4	13,3	14	46,7	11	36,7
Pregunta 3	1	3,3	4	13,3	10	33,3	15	50
Pregunta 4	1	3,3	2	6,7	14	46,7	13	43,3
Pregunta 5	1	3,3	12	40*	9	30	8	26,7
Pregunta 6	1	3,3	1	3,3	8	26,7	20	66,7
Pregunta 7	1	3,3	0	0	11	36,7	18	60
Pregunta 8	2	6,7 *	6	20	17	56,7	5	16,7
Pregunta 9	1	3,3	2	6,7	17	56,7	10	33,3
Pregunta10	1	3,3	9	30*	17	56,7	3	10

Aplicado por: Marcela Coello
Nota: los valores que están sombreados con (*) son los más prevalentes.
Las preguntas del reactivo se encuentran en anexos (pág. 68)

Se puede observar en la tabla 2, los datos que corresponden a la pregunta 5 en la categoría “bastante”, en donde el 40% de la muestra expresa mayor malestar relacionado a su nueva condición, que hace referencia a lo difícil que resulta mirarse al espejo desnuda; así mismo los datos que pertenecen a la pregunta 10, con un 30% dentro de la misma categoría, las

participantes denotaron sentir inconformidad con el aspecto de su cicatriz. Además es importante mencionar que a pesar de que el 6,7%, correspondiente a la pregunta 8 dentro de la categoría "Mucho", hace alusión al sentimiento que las mujeres tienen de que el tratamiento ha dejado su cuerpo menos completo, no es elevado pero es el que más sobresale.

Finalmente para el **tercer objetivo** se pudo observar a través de la prueba Chi-cuadrado, que las distorsiones cognitivas no están asociadas a la imagen corporal que tienen las mujeres después de haberse realizado mastectomía o cuadrantectomía.

Tabla 3Distorsión Cognitiva e Imagen Corporal
Fuente: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. SOLCA (2015). Cuenca- Ecuador

Distorsión Cognitiva e Imagen Corporal				
		Imagen alta y baja		
		alta	baja	Total
Distorsión Cognitiva	1,00	8	10	18
	2,00	3	9	12
Total		11	19	30

Aplicado por: Marcela Coello

Tabla 4Pruebas Chi-Cuadrado.
Fuente: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. SOLCA (2015). Cuenca- Ecuador.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1,172[a]	1	,279		
Corrección de continuidad[b]	,484	1	,486		
Razón de verosimilitud	1,203	1	,273		
Prueba exacta de Fisher				,442	,245
Asociación lineal por lineal	1,133	1	,287		
N de casos válidos	30				

Aplicado por: Marcela Coello

La prueba de chi-cuadrado tiene un valor de 1,172, con un grado de libertad de ,279 lo que significa que no hay asociación entre ambas variables.

4.6 Análisis cualitativo de la Escala de Imagen Corporal (S-BIS)

Es importante señalar ciertos aspectos que expresaron las mujeres cuando se aplicaba la Escala de Imagen Corporal en ésta investigación, los mismos que pueden ayudar a la comprensión del por qué los resultados fueron contrarios a los esperados. De esta manera se puede exponer que las participantes con estado civil casada, divorciada y viuda, expresaron no presentar malestar en cuanto a la parte de la sexualidad con sus parejas, siendo el caso de las mujeres casadas y viudas porque ya no la tenían hace mucho tiempo. Según lo que opinaron las participantes divorciadas, en sus planes ya no estaba buscar pareja y mucho menos tener relaciones íntimas.

Con respecto a las mujeres solteras, cuyas edades comprendían desde los 45 años en adelante dijeron algo similar a las que tienen otro estado civil, solo un grupo muy limitado que conforma las edades anteriores a los 45 años, expresó sentir temor de encontrar alguien que les acepte con su nueva condición o si su pareja actual les quiera con su nuevo aspecto, además de volverse más reservadas.

Por otra parte según las opiniones realizadas por las pacientes al momento de aplicar la escala, pude concluir que una de las razones por la que las mujeres no prestan mucha atención a su nueva condición física, es el hecho de tener preocupaciones relacionadas a la parte económica, en cómo van a solventar sus gastos y dar continuidad a su tratamiento, debido a que la mayor parte de la muestra representa un nivel socioeconómico bajo. Sin embargo las mujeres que pertenecen al nivel socioeconómico medio, también expresaron sentirse intranquilas sobre la misma condición, además de indicar otras preocupaciones relacionadas a sus familiares.

4.7 Discusión

En la presente investigación se ha abordado el estudio de la imagen corporal y las distorsiones cognitivas presentes en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA- Cuenca) y que se han sometido a la intervención quirúrgica mastectomía o cuadrantectomía. Básicamente el estudio estuvo centrado en la influencia de dichas distorsiones sobre la imagen corporal de las mujeres, después de haber sido intervenidas. A pesar de que gran parte de la muestra se realizó la mastectomía, se pudo obtener resultados claros de que no existe mayor diferencia en la manera de percibiste físicamente en relación a las que se sometieron a la cuadrantectomía. En lo que refiere a distorsiones cognitivas en la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama, Fernández (2004) en una investigación que hace referencia a las alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos evidenció una de las distorsiones perceptivas más comunes en estas pacientes, la cual es la atención selectiva a la zona intervenida y la poca importancia que le prestan a otras partes del cuerpo que no han sufrido ningún cambio. Además se encontró que la magnificación estuvo presente cuando las pacientes percibían el tamaño de la zona afectada. De igual manera otro estudio que concuerda con la información mencionada anteriormente que hace referencia al impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía, realizado por Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado (2014) explica también que al presentar dichas distorsiones como la atención selectiva y la magnificación provoca a su vez creencias disfuncionales que están relacionadas a la pérdida del atractivo sexual y su valor como persona, además de alterar la identidad sexual. No obstante este estudio no concuerda con los resultados derivados de esta investigación, debido a que la distorsión que

se presentó en la gran parte de la muestra, indistintamente de si se realizó mastectomía o cuadrantectomía, fue la denominada “Falacia de recompensa divina”.

Por otra parte de la misma manera que Segura, García y Gutiérrez (2014), expresaron en un estudio acerca de la imagen corporal y el autoestima en mujeres mastectomizadas, en el cual llegan a la conclusión de que todas las mujeres que se realizan procedimientos quirúrgicos mamarios independientemente del tipo de operación, denotan un nivel de autoestima corporal más bajo y negativo en relación a las mujeres sanas.

Contrariamente a los resultados obtenidos en la investigación, un trabajo de tesis acerca de la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal, realizado por Escobar (2008), demuestra que las mujeres realizadas la mastectomía reflejan una percepción desfavorable de su apariencia física, en la que expresan sentir incomodidad de usar ropa ajustada, no les agrada ver la zona de la que fueron intervenidas, piensan que su cuerpo ha quedado incompleto y menos femenino. Estos aspectos concuerdan con los resultados que hacen referencia a las preguntas que obtuvieron mayor porcentaje, las cuales indican el malestar que tienen las mujeres al mirarse al espejo desnudas, sentimiento de inconformidad con el aspecto de su cicatriz, y el sentimiento de que su cuerpo ha quedado incompleto.

Por otra parte la misma autora encontró que la diferencia en sus resultados no era tan relevante, debido a que si bien la mayoría de su muestra presentó alteración en su imagen ésta solo representaba el 3% más de la percepción desfavorable que denotó el grupo restante, es decir que de cierta manera los porcentajes fueron prácticamente similares a los obtenidos en nuestro estudio.

Así mismo en otra investigación que confirma algunos aspectos de este estudio, la cual está relacionada al ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas, realizado por Vásquez, Antequera y Blanco (2010), explica que la mastectomía por cáncer de mama no está relacionada directamente con una autovaloración más negativa de la apariencia física, aparentemente cuando se la ve desde una perspectiva global. No obstante cuando se trata de áreas específicas como la actitud que se presenta ante el cuerpo desnudo, mutilado, los autores afirman que si existen secuelas que están ligadas directamente a sentimientos negativos al verse desnudas frente al espejo o cuando su pareja les observa, como son la vergüenza, la falta de atractivo, entre otros, lo que indica ser resultado de la amputación del seno.

En relación a la percepción de las mujeres mastectomizadas o realizadas cuadrantectomía en el ámbito social, se pudo identificar que la mayoría no muestra dificultades para continuar con su vida normal y mantener sus relaciones interpersonales, así como el salir a la calle sin temor a ser observadas o ser rechazadas por su nuevo aspecto corporal. A diferencia de los resultados obtenidos en el estudio de Escobar (2008) en los cuales el 60,87% presentó una percepción desfavorable reflejada en la dificultad para realizar las actividades del hogar, recibir visitas de sus amigos, no asisten a reuniones sociales porque prefieren quedarse en casa.

En lo que respecta a la parte socioeconómica un estudio que coincide con los resultados de esta investigación, relacionado al impacto psicológico y social de la mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama realizado por los autores López, González, Gómez y Morales (2008) describe que la mayoría de sus participantes se encuentran en un nivel de instrucción primario, lo cual representa un nivel cultural bajo, el mismo que impide una

adecuada interpretación de los fenómenos que suceden en la vida del paciente, tales como el cáncer de mama. Esto me permite suponer que de alguna manera influye significativamente en la forma de percibir la enfermedad como tal y a su vez la manera en como la paciente se ajusta a su nueva condición, resultando en cierta forma beneficioso debido a que no existen alteraciones en la forma de percibir su cuerpo.

Es necesario recalcar que no se han evidenciado estudios relacionados directamente a la influencia de las distorsiones cognitivas en la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama, lo que no permite explicar en detalle ni realizar una comparación que apruebe o esté en contra de los datos encontrados en esta investigación. De tal manera que es necesaria más investigación sobre este tema, debido a que la mayoría de estudios han puesto su atención en el cáncer de mama.

4.7 Conclusiones

Por medio de la recopilación de información que ha sido detallada, y por medio de los objetivos descritos en esta investigación se pudo extraer las siguientes conclusiones basadas en los objetivos planteados inicialmente para el presente estudio:

- La percepción de la apariencia física de estas mujeres, conforme a la escala aplicada de imagen corporal, se encuentra dentro de un rango normal, por lo cual dichos aspectos no se vieron alterados de manera significativa.
- De acuerdo al análisis de las preguntas de la escala de imagen corporal, se encontró que los aspectos que más influyen en la muestra se relacionan a la incomodidad de verse desnudas, la inconformidad del aspecto de su cicatriz y la percepción de que su cuerpo ha quedado incompleto.

- Las distorsiones cognitivas que se presentaron con más frecuencia en la muestra, fueron falacia de recompensa divina, falacia de cambio y los debería.
- El análisis de los discursos de la muestra pone en evidencia la intranquilidad que tienen acerca del aspecto económico en relación a su enfermedad.
- Dentro de otros factores influyentes para no evidenciar ninguna dificultad en la parte sexual ni social, se debe a que gran parte de la muestra expresó no tener relaciones íntimas ya sea por su edad o por su estado civil. En cuanto al ámbito relacional no mostraron problemas en continuar sus actividades de manera normal o habitual.
- Un nivel de instrucción primario, refleja un nivel cultural bajo, lo que implica menor conocimiento hacia la enfermedad y mayor beneficio para la adaptación del paciente.
- En las mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía o cuadrantectomía que fueron partícipes de esta investigación, las distorsiones cognitivas evidenciadas no se relacionaron con la percepción de su imagen corporal después de haberse sometido a la intervención quirúrgica.

4.8 Recomendaciones

A continuación se presentan algunas recomendaciones que surgieron de la realización del presente estudio, las mismas que resultan relevantes para las próximas investigaciones en nuestro medio. Cuya finalidad es contribuir y mejorar las formas de intervenir con esta población.

- Ampliar las investigaciones a campos relacionados con el tema del presente estudio, para tener mayor comprensión de la problemática y así poder realizar distinciones entre los diferentes resultados obtenidos.
- Replicar la investigación con una muestra que incluya a mujeres de nivel socioeconómico alto, con el objetivo de establecer si existen o no diferencias en cuanto a la manera de percibirse físicamente.

Referencias

- Aguilar, M. J., Neri, M., Mur, N. y Gómez, E. (2013) Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. Universidad de Granada, España. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n5/12original07.pdf
- Alonso, C. y Bastos, A. (2011) Intervención Psicológica en personas con cáncer. Clínica Contemporánea. Vol. 2. Madrid. Recuperado de: http://dx.doi.org/105093/cc2011v2n2a6
- American Cancer Society (2013). Quimioterapia. Recuperado el 28 de mayo de 2015, http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002994-pdf.pdf
- American Cancer Society (2013). Radioterapia. Recuperado el 28 de mayo de 2015,
- American Cancer Society (2015) Cirugía para el cáncer de seno. Recuperado el 23 de julio de 2015: http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-tratamiento-cirugia
- American Cancer Society (2015) Tipos de cáncer de seno. Recuperado el 23 de julio de 2015: http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-what-is-breast-cancer-types
- Angarita, F. A. y Acuña, S. A. (2008) Cáncer de seno: de la epidemiologia al tratamiento. Universidad Médica de Bogotá. Colombia. Recuperado de: http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v49n3/4.%20Cancer.pdf

- Arbeláez, M. C. (2000) La cognición: perspectivas teóricas. *Rev. de ciencias humanas.* Pereira, Colombia. Recuperado de: http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev22/arbelaez.htm
- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, V. y Villarreal, P. (2011) Oncoguía: Cáncer de mama. Instituto Nacional de Cancerología. México D.F.
- Ascencio, L., Rangel, N. E. y Allende, S. (2013) Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología del instituto nacional de cancerología. Psicooncología Vol. 20. México. Recuperado de: http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43457/41106
- Barraza, P. A. (2004) Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. Universidad Complutense de Madrid. España. Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:o36alZSYLfYJ:revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0404110165A/16359+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec

Bartolomé-Moreno, C., Vilarrubí-Estrella, M. y Melús Palazón, E. (2012) Recomendaciones de prevención del cáncer. GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS.

- Breastcancer (2014). ¿Qué es el cáncer de mama? recuperado de: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama

- Brito, P. (2009) Cáncer de mama e imagen corporal. Psiquiatría, salud de la mujer. Recuperado de: https://drabrito.wordpress.com/2009/02/17/cancer-de-mama-e-imagen-corporal/
- Campoverde, N. y Campoverde, F. (2012)El cáncer: un problema de salud pública en el Ecuador y en el cantón Cuenca. *Revista de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.* Recuperado de: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20386/1/Nicolas%20Campoverde%20y%20Felipe%20Campoverde%2036-45%281%29.pdf
- Cantú, R. y Alvares, J. (2009) Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. Psicología y Salud, Vol. 19. Monterrey, México. Recuperado de: http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/642/1122
- Capullín, M. C (2014) Un desafío a la feminidad: El cáncer de mama. *International journal of good conscience.* Recuperado de: http://www.spentamexico.org/v9-n1/A2.9(1)22-31.pdf
- Casillas, J. y Ceveró, F. (2010) Repercusión de la autopercepción corporal en las relaciones de pareja en mujeres mastectomizadas. *Revista Científica de Enfermería.* Recuperado de: http://www.recien.scele.org/documentos/num_1_nov_2010/art_orig02_repercus_autopercepc_corporal_mastectomizad.pdf
- Cowan, M. A. (2012) Tipos de cáncer. Woman´s Health Group. Recuperado de: http://drcowan.womanshealthgroup.com/your-health/condition_detail.dot?id=36490&lang=Spanish&db=hls&ebscoType=healthlibrary&widgetTitle=EBSCO%20-%20Condition%20Detail%20(USE)

- Crovetto, M. y Uauy, R. (2013). Recomendaciones para la prevención del cáncer dadas por el Fondo Mundial para la Investigación sobre Cáncer (FMIC): análisis de la situación en Chile. *Revista médica de Chile*. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000500011&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-9887201300050001

- Cueva, P. y Yépez, J. (2014) Sociedad de Lucha contra el Cáncer/ Registro Nacional de Tumores. Epidemiologia del Cáncer en Quito 2006-2010. Quito. Ed. No. 15.

- Die Trill, M. (2003) Psico-oncología. Hopsital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. EdicionAdes
- Die Trill, M. (2013) Intervención psico-oncológica en el ámbito hospitalario. Hospital Universitario Gregorio Marañón. España. Recuperado de: http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2013v4n2a3.pdf

- Domínguez, F. (s.f) Guía útil para el paciente con cáncer de mama y sus familiares. Asociación Española de Cirujanos. Recuperado de:

- El cáncer. (2015). Recuperado el 28 de mayo de 2015, http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos

- El Comercio (2013) Aumenta la incidencia del cáncer de mama, según la OMS. *Diario el Mercurio.* Recuperado de: http://www.diariolibre.com/noticias/la-incidencia-del-cncer-de-mama-aumenta-un-20-desde-2008-segn-la-oms-

ENDL415054

- Ellis, A. y Abrahms, E. (2005). Terapia Racional Emotiva. Editorial Pax. ISBN 978-968-860-776-3. México.
- - Escobar, E. Y. (2008) Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Universidad nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/507/1/Escobar_re.pdf
- Estévez, A. y Calvete, E. (2009) Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. Anales de psicología. Universidad de Densto. España. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v25/v25_1/03-25_1.pdf
- - Fernández, A. I. (2004) Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología. Vol. 1, Núm. 2 y 3, pp. 169-180. Madrid, España. Recuperado de: http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120169A/16214
- Guerrero, M. I. (2000) Neoplasias Malignas. *Revista de Salud Pública.* Universidad de Colombia. Recuperado de: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/download/18862/19753
- Hernández, F. y Landero, R. (2013) Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Universidad Autónoma de Nuevo león. México. Recuperado de:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Gi0qjZEyLJsJ:dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4808694.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec

- Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., Gonzales, M.A. y Martín, J.C. (2012) Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. Psicooncología. Vol. 9. España.
- http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-043967.pdf
- Instituto nacional del Cáncer (2015)¿Qué es el cáncer? recuperado de: http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es
- Juárez, D. M y Landero, R. (2011) Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. Universidad de la Salle Bajío. Monterrey, Nuevo León, México. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203320117002
- Lemos, M., Londoño, N. y Zapata, J. (2007) Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. Informes psicológicos. Medellín, Colombia. Recuperado de: http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/PGV2_M030040020110_REVISTA/PGV2_M030040020110030_REVISTA9/ARTICULO%20V9N9A03.PDF
- - López, Z. C., González, J. M., Gómez, M. M. y Morales, M. M. (2008) Impacto psicológico y social de la mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama. Hospital Territorial Universitario Dr. Mario Muñoz Monroy. Municipio de Colón.

Recuperado de:

http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/484/html

- Madewell, J. y Shaughnessy, M. (2009) An Interview with Judith Beck about Cognitive Therapy. *North American Journalof Psychology*. Vol. 11, No. 1, pág. 29-36. Recuperado de:
- Mainieri, R. (s.f) El modelo de terapia cognitiva conductual. Panamá. Recuperado de:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Yd5Kt2ITC6EJ:www.researchgate.net/publictopics.PublicPostFileLoader.html%3Fid%3D548b119bd11b8b3f558b457c%26key%3Da29174d7-4c82-44e6-bbfb-025b15bc3962+&cd=18&hl=es&ct=clnk&gl=ec

- Martínez, A. E., Lozano, A., Rodríguez, A. L., Galindo, O. y Alvarado, S. (2014) Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. Gaceta Mexicana de Oncología. México. Recuperado de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90327879&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=305&ty=36&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=305v13n01a90327879pdf001.pdf
- - Marzo-Castillejo, M., Bellas-Beceiro, B., Vela-Vallespín, C., Nuin-Villanueva, M., Vásquez, J., Antequera, R. y Blanco, A. (2010) Ajuste sexual e Imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Psicooncología. Vol. 7, Núm. 2 y 3, pp. 433-451. Recuperado de:

http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010220433A/15069

- MedlinePlus (2014) cáncer de mama. Recuperado el 23 de julio de 2015: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm
- Mendoza del Pino, M. (2014) Algunas reflexiones sobre el tabú a la palabra cáncer. *Rev. Archivo médico de Camaguey*. Cuba. Recuperado de: http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2805/1145
- Morris, C. y Maisto, A. (2005) Introducción a la psicología. Duodécima edición. Pearson Educación, México. Recuperado de: http://es.slideshare.net/nicolledb05/introduccin-a-la-psicologa-morris
- Olivares, M. E. (2004) Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Universidad Complutense de Madrid. España. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902205
- Organización Mundial de la Salud (2015) Cáncer. Recuperado el 12 de octubre de 2015, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/
- Organización Mundial de la Salud (2015) Factores de riesgo del cáncer. Recuperado el 12 de octubre de 2015, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/

  Recuperado de: http://ac.els-cdn.com/S0212656712700124/1-s2.0-S0212656712700124-main.pdf?_tid=622013be-03fd-11e5-9d64-00000aacb360&acdnat=1432682431_a753330c43a43c720a291a4d8b021054

- Rigo, E. (2013) Las distorsiones cognitivas, cuando la mente nos sabotea. Medciencia. Recuperado el 30 de julio de 2015 de: http://www.medciencia.com/las-distorsiones-cognitivas-cuando-la-mente-nos-sabotea/
- Riso, W. (2006) Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Grupo Editorial Norma. Bogotá, Colombia. Recuperado de:

https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=zu2BjSmdtwUC&oi=fnd&pg=PA23&dq=terapia+cognitiva+de+beck&ots=9zAz-VMXDz&sig=5wO0h8nTgUwQ_LKWEy6w1qffAyI#v=onepage&q=terapia%20cognitiva%20de%20beck&f=false

- Robert, V., Alvares, C. y Valdivieso, F. (2013) Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. Unidad de Psicooncología Centro Clínico del Cáncer. Clínica los Condes. Recuperado de: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702074
- Salaverry, O. (2013) La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Rev. Peru.med.exp.* Salud pública. Lima. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a26v30n1.pdf
- Sánchez, J. R. y Verga, B. (2011). Cáncer de mama: ¿Es posible prevenirlo? *Rev Ciencias Médicas*, vol.15.
- Segura, M., García, R., y Gutiérrez, L. A. (2014) Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. Psicooncología. Fundación Jiménez Díaz, IDC salud. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid. Recuperado de: revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/44916/42832
- Solca- Núcleo de Quito (s.f) El cáncer de mama. Recuperado el 23 de julio 2015: http://www.solcaquito.org.ec/index.php/en/el-cancer/tipos-de-cancer/cancer-de-mama
- Tipos de cáncer. (s.f) Recuperado el 2 de junio de 2015,http://www.solcaquito.org.ec/index.php/en

- Uribe, A. (2009) Cáncer de mama. *Rev. Obstetricia y Ginecología.* Hospital Santiago Oriente Dr. Luis TisnéBrousse. Vol. 10. Recuperado de: http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/547
- Vásquez, L. (s.f) Imagen corporal y Cáncer de mama. Psicooncología. Recuperado de: www.psicooncologia.org/articulos/65**imagencorporal**.doc

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondido de manera satisfactoria. He sido informada y entendido que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, he sido informada a la vez que mi información será confidencial. De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que está es una investigación con fines educativos.

_____

_____

Firma del participante Fecha

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR.

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este conocimiento informado entienden la naturaleza, requisitos, riesgos y beneficios involucrados para participar en este estudio.

_____

_____

Firma del Investigador Fecha.

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Datos del paciente.

Nombres y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Teléfono:

Tipo de operación:

Recibió quimioterapia previamente: Si__ No__

Nivel de Instrucción:

1 Sin educación/ Primaria Incompleta	
2 Primaria completa	
3 Secundaria incompleta	
4 Secundaria completa	
5 Terciaria / universitaria incompleta	
6 Terciaria / universitaria completa	

Estado civil:

1. Soltera	
2. Casada	
3. Divorciada	
4. Separada	
5. Viuda	
6. Unión libre	

Nivel Socioeconómico

ESCALA DE IMAGEN CORPORAL S-BIS
PENÉLOPE HOPWOOD

Fecha:

Por favor, lea cuidadosamente cada ítem y marque la respuesta que mejor se ajuste a cómo se ha sentido durante la pasada semana.

		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	¿Se ha sentido avergonzada o cohibida por su aspecto físico	0	1	2	3
2	¿Se ha sentido físicamente menos atractiva a consecuencia de la enfermedad o de su tratamiento?	0	1	2	3
3	¿Se ha sentido descontenta con su aspecto cuando está vestida?	0	1	2	3
4	¿Se ha sentido menos femenina como consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	0	1	2	3
5	¿Le resulta difícil mirarse cuando esta desnuda?	0	1	2	3
6	¿Se ha sentido menos atractiva sexualmente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	0	1	2	3
7	¿Ha evitado a alguien debido al modo en que se sentía en relación a su aspecto?	0	1	2	3
8	¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo ¨menos completo¨?	0	1	2	3
9	¿Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?	0	1	2	3
10	¿Se ha sentido insatisfecha con el aspecto de su cicatriz?	0	1	2	3

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

(RUIZ Y LUJAN, 1991)

Fecha:

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso 1= Algunas veces lo pienso

2= Bastante veces lo pienso 3= Con mucha frecuencia lo pienso

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2. Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3. Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4. Sé que piensan mal de mí	0	1	2	3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6. Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8. No hay derecho a que me traten así	0	1	2	3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	2	3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11. Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mí recompensa	0	1	2	3
16. Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17. Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18. Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19. Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21.Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3
24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25.Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26.Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2	3

27.Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28.No debería de cometer estos errores	0	1	2	3
29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30.Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31. Es insoportable, no puedo aguantar más	0	1	2	3
32.Soy incompetente e inútil	0	1	2	3
33.Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34.Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35.¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36.La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37.Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38.No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39.Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40.Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41.Soy u n neurótico	0	1	2	3
42.Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43.Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3