

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“PERSONALIDAD, AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES CON
CÁNCER DE MAMA CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE LA
JURISDICCIÓN SANITARIA ATIZAPÁN DE ZARAGOZA, MÉXICO
2012 - 2013”.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA

M.C. PEDRO FAJARDO JUÁREZ

DIRECTORES DE TESIS

**DR. EN FIL. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
DR. EN HUM. ARTURO GARCÍA RILLO**

REVISORES DE TESIS

**DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
E. EN S.P. JAVIER CONTRERAS DUARTE
E. EN S.P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO
E. EN S.P. IGNACIO MIRANDA GUZMÁN**

TOLUCA, MÉXICO

2014

**“PERSONALIDAD, AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES CON
CÁNCER DE MAMA CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE LA
JURISDICCIÓN SANITARIA ATIZAPÁN DE ZARAGOZA, MÉXICO 2012 - 2013.”**

III.JUSTIFICACIONES	29
III.1.Académica	29
III.2.Epidemiológica	29
III.3.Educativa	29
III.4.Social	29
III.5.Económica	30
IV.HIPÓTESIS	31
IV.1.Elementos de la hipótesis	31
IV.1.1.Unidades de observación	31
IV.1.2.Variable	31
IV.1.2.1.Dependiente	31
IV.1.2.2.Independientes	31
IV.1.3.Elementos lógicos	31
V.OBJETIVOS	32
V.1.General	32
V.2.Específicos	32
VI.MÉTODO	34
VI.1.Tipo de estudio	34
VI.2.Diseño de estudio	34
VI.3.Operacionalización de variables	34
VI.4.Universo de Trabajo	39
VI.4.1.Criterios de inclusión	40
VI.4.2.Criterios de exclusión	40
VI.4.3.Criterios de eliminación	40
VI.5. Instrumento de Investigación	40
VI.5.1.Descripción	40
VI.5.2.Validación	41
VI.5.3.Aplicación	41
VI.6.Desarrollo del proyecto	41
VI.7.Límite de tiempo y espacio	42
VI.8.Diseño de Análisis	42
VII.IMPLICACIONES ÉTICAS	42
VIII.ORGANIZACIÓN	42
IX.RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
X. CUADROS Y GRÁFICOS	53
XI. CONCLUSIONES	99
XII. RECOMENDACIONES	101
XIII.BIBLIOGRAFÍA	103
XIV.ANEXOS	106

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

I.1. Las Mamas

Este órgano propio de los mamíferos se sitúa en la cara ventral del tronco de las hembras, se desarrolla en la pubertad y después de la gestación segrega la leche que alimentará a las crías. (1)

La mama en la mujer, como órgano efector del funcionalismo ovárico, sufre una serie de cambios morfológicos y funcionales a todo lo largo de su vida sexual.

Además de la función biológica y reproductiva, las mamas, representan en gran medida la feminidad, poseen una carga erótica–sexual y por lo tanto en la sociedad las mujeres con pérdida en la forma, tamaño o función de las mamas frecuentemente son estigmatizadas ya que no cumplen con los estándares sociales de feminidad y belleza.(2)

I.1.1. Importancia cultural-social de las mamas

La enfermedad no tan solo es un acontecimiento biológico sino también biográfico. El impacto psicológico va a variar de acuerdo al tipo de afección, por el significado que le implica a la persona y también por supuesto de acuerdo a la gravedad de la enfermedad. (2)

El cuerpo es una parte importante de nuestra identidad que toma una connotación personal además de la connotación general positiva que toda persona le atribuye a la integridad e indemnidad de su cuerpo, hay valoraciones específicas vinculadas a la auto apreciación personal y función concreta que los distintos órganos cumplen, tanto en el plano biológico como la vida en sociedad. (2)

I.2. Definición y descripción del Cáncer

El Cáncer es una enfermedad degenerativa multifactorial, en que algunas células del cuerpo proliferan de manera incontrolada, originando problemas en su lugar de origen o en otros órganos. En otras palabras, un grupo que escapa de los mecanismos de control de crecimiento normal y ordenado del organismo. (1)

El Cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con unos fundamentos biológicos comunes: un crecimiento y proliferación rápida y relativamente ilimitada de células con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, que invaden los órganos y tejidos del cuerpo y que se extienden desde el sitio de origen hacia las áreas distantes del cuerpo dando metástasis. Es un crecimiento invasivo, poderoso, que puede consumir y destruir el proceso de vida, sino se realiza un diagnóstico precoz en torno a él. (2)

1.2.1. Cáncer de mama

El Cáncer de mama suele cursar con tumores sólidos que se manifiestan con lesiones osteolíticas secundarias e hipercalcemia. Existen distintos tipos de Cáncer de mama compuestos por distintos tipos de células anormales. (3)

Tumor primario:

Carcinoma in situ o Carcinoma Intraductal

Carcinoma Ductal in situ

Carcinoma Lobular in situ o Neoplasia Lobular

Tumores Invasivos Ductales y Lobulares

Según localización y forma de curso:

Cáncer de mama locorregional
Cáncer de mama localmente avanzado
Carcinoma inflamatorio de mama
Cáncer de mama diseminado

El Carcinoma in situ o Carcinoma Intraductal se contiene enteramente dentro de los conductos de la mama, sin invasión de tejidos adyacentes normales.

El Carcinoma Ductal in situ ocurre en mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas formando una masa palpable, y está más normalmente localizada en un cuadrante de una mama.

El Carcinoma Ductal in situ es frecuentemente la causa de las microcalcificaciones observadas en las mamografías

El Carcinoma Lobular in situ, o neoplasia lobular, ocurre predominantemente en mujeres premenopausicas y usualmente se descubre en forma incidental porque no forma una masa palpable.

Tumores invasivos ductales y lobulares son los tipos histológicos más comunes de cáncer invasivo, aproximadamente el 90%. Las pacientes que portan los tipos histológicos menos comunes, como por ejemplo, medulares o lesiones tubulares tienen un pronóstico mejor.

Carcinoma papilar: Crecen en los conductos con este tipo de configuración. El carcinoma papilar infiltrante es una variedad rara de crecimiento lento y buen pronóstico.

Comedocarcinoma: Tienen un crecimiento denso dentro de los conductos. De forma global tiene buen pronóstico.

Carcinoma Medular. Representa el 5-7%. Suelen ser grandes y de bajo grado. Se caracterizan por invasión de linfocitos pequeños. Son de buen pronóstico, excepto el carcinoma medular atípico.

Carcinoma Tubular: Tienen mejor pronóstico que el carcinoma ductal infiltrante pero peor que el medular.

Carcinoma Mucinoso o Coloide. Forman nidos de células epiteliales. Tienen crecimiento lento y suelen ser de gran tamaño. Son de buen pronóstico.

Carcinoma Inflamatorio: Se caracteriza clínicamente por edema, eritema, calor y endurecimiento de la mama subyacente. Para el diagnóstico es imprescindible la biopsia de la piel mamaria que debe demostrar invasión de los linfáticos dérmicos por células tumorales. Es una variedad de mal pronóstico. (3)

I.2.2. Epidemiología

El Cáncer es la segunda causa de muerte en todo el mundo, presentándose 7,6 millones de muertes en 2008 (13% del total de defunciones). Las muertes por Cáncer en todo el mundo se esperan que continúen aumentando a más de 11 millones en el 2030. Aproximadamente 460 000 mujeres murieron por Cáncer de mama en 2008. (4)

El Cáncer de mama es una enfermedad muy frecuente y fatal. Es el cáncer más común en las mujeres y la segunda causa de muerte a nivel mundial, así como el segundo tipo de Cáncer más frecuente en el mundo. (4) Mas de 1.2 millones de mujeres en el mundo son diagnosticadas de Cáncer de mama anualmente. (5)

En América Latina y el Caribe se presentan casi 300 000 defunciones en mujeres anualmente por esta enfermedad. En la misma región, el Cáncer de mama es la

principal causa de años de vida ajustados por discapacidad, perdidos por Cáncer, y corresponde a 9%, seguido por el Cáncer Cervicouterino con 7 %. (4)

En México el Cáncer de mama constituye la segunda causa de morbilidad por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años y más. (4)

La morbilidad en México del año 2000-2007 en la población general presenta tasas de 3.72 a 7.05 por 100 000 habitantes; Se observa un incremento de la tasa en el transcurso de ocho años. (5)

En la morbilidad por entidad Federativa de los estados que presentan las mayores tasas en la población femenina mayor de 14 años, por orden de importancia son: San Luis Potosí (40.29); Distrito federal (39.94); Nuevo León (36.61); Jalisco (36.17); Veracruz (31.93); Estado de México (5.16) por 100 000 habitantes.(6)

I.3.Tratamiento del Cáncer mamario

El tratamiento del Cáncer de mama, al igual que del cáncer en general, se basa principalmente en la terapia Médico-oncológica y en apoyo psicosocial, dentro del cual el Psico-oncólogo comienza a tomar cada vez más un lugar de importancia en el escenario nacional. (4)

I.3.1. Terapia oncológica

Esta es llevada a cabo por el equipo de salud se incluyen las evaluaciones diagnósticas, tratamientos locoregionales (dirigidos al foco del tumor) como la cirugía conservadora y radical, terapia coadyuvante como la radioterapia y farmacoterapia y también de terapias coadyuvantes sistémicas como la quimioterapia.(4)

I.3.1.1.Quimioterapia

Comprenderemos aquí ampliamente la Quimioterapia como el tratamiento mediante sustancias químicas.

La Quimioterapia beneficia a mujeres postmenopáusicas y premenopáusicas con Cáncer de mama, con mayor beneficio a menor edad de la paciente. Para mujeres menores de 50 años, reduce el riesgo de recaída en un 37% y el riesgo de muerte en 19% y de morir en 12%.

Algunos efectos secundarios de la Quimioterapia son: Pérdida de cabello, náusea, vómito, fatiga mucositis, diarrea, cardiomiopatía o leucemias secundarias en raras ocasiones. (6)

I.3.1.1.1.Efectos psicológicos de la Quimioterapia

Depresión:

De los muchos agentes quimioterapéuticos utilizados en el cáncer, son relativamente escasos los que producen síntomas depresivos. Algunas sustancias tienen un efecto neurotóxico o tóxico para la tiroides, pudiendo causar una depresión químicamente inducida.

I.3.1.2.Radioterapia

La radioterapia es el empleo terapéutico del radio y de las sustancias radiactivas como radiaciones ionizantes.

La mayor parte de las mujeres que se recuperan de Cáncer de mama lo hacen sólo con un tratamiento local. La adición de radioterapia a cualquier forma de

cirugía mejora el control local, sin embargo, la relación entre control local y supervivencia a largo plazo es muy escasa. (4)

I.3.1.2.1.Efectos psicológicos de la radioterapia

En el curso del tratamiento con radioterapia se observan reacciones de ansiedad, depresión, cólera y culpabilidad, mostrando los pacientes pesimismo acerca de sus efectos. Los mecanismos de defensa más utilizados son: negación, desplazamiento, identificación y la dependencia del especialista. (4)

I.3.2. Intervenciones Quirúrgicas

La repercusión psicológica del tratamiento quirúrgico es variable según la deformidad corporal que provoca, la función afectada y su significado emocional. El tratamiento quirúrgico básicamente condiciona dos aspectos distintos: el significado de extirpación del proceso maligno, que para los pacientes es asimilable al de curación, y la mutilación física, con sus cambios en la imagen corporal. (5)

Generalmente las opciones quirúrgicas para la mujer con Cáncer de mama localizado son la mastectomía y la Cirugía conservadora.

La cirugía conservadora ofrece la opción de preservar la mama sin comprometer la supervivencia, el tumor es removido quirúrgicamente sin quitar gran cantidad de tejido mamario normal. La cirugía es seguida de radioterapia. (6)

I.3.2.1.Mastectomía

La mastectomía inicialmente tranquiliza a la mujer por la idea liberadora de que todo tejido maligno ha de ser extirpado, pero luego de ella trae reacciones de depresión y ansiedad, preocupación por la imagen corporal, disminución de la

capacidad tensional, aumento de la introversión, modificación de las relaciones familiares, sexuales, sociales y profesionales. (5)

La mastectomía se refiere a quitar todo el seno, hay diferentes tipos:

A) Mastectomía Radical: Es la cirugía más extensa, se retira la mama con el musculo pectoral mayor y menor y la piel sobrante, junto con resección de todo el contenido axilar, incluyendo los ganglios linfáticos más allá de la vena subclavia.

B) Mastectomía Parcial: Se remueve la mama y una cantidad pequeña de piel, se conserva el pezón y ganglios linfáticos. (6)

1.3.3.Tratamiento Psico-oncológico de la paciente con Cáncer de mama

El tratamiento Psico-oncológico de la paciente de Cáncer de mama tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. (6)

1.4. La Psico-oncología como disciplina

La Psico-oncología, también llamada Psicología Oncológica y Oncología Psicosocial, estudia la influencia de los factores psicológicos sobre la aparición del cáncer y su evolución, como también el estudio de las reacciones psicológicas del paciente oncológico a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.(7)

Se pueden describir dos enfoques de acción de la Psico-oncología. El primero es el enfoque reactivo que se centra en brindar el mejor apoyo para sobrellevar la enfermedad oncológica. El segundo enfoque, se centra en restituir la salud de la persona que hoy presenta esta enfermedad o prevenir su aparición y se denomina proactivo. (8)

Como tal, el enfoque proactivo cabe en el modelo biopsicosocial de la salud, el que busca explicar “las interacciones del organismo, el ambiente y una serie de fenómenos psicológicos. (9)

I.4.1.La Psico-oncología del Cáncer de mama

La importancia de la Psico-oncología está más a la vista a nivel de las consecuencias psicológicas de la enfermedad, siendo un hecho comprobado de que padecer un cáncer supone un estrés vital muy grave, que amenaza con agotar los recursos psicológicos de la persona con Cáncer de mama.

Por otra parte dentro de lo que le confiere relevancia a la subespecialidad de la Psico-oncología en el área de las consecuencias psicológicas del padecimiento del curso del cáncer, podemos decir que se ha observado cómo, personas con malos pronósticos que hacen cambios profundos en sí mismos muchas veces recuperan su salud y, por el contrario aquellas personas con mejores pronósticos, que no han estado dispuestas a hacer cambios reales en su actuar y en sus relaciones con los otros, vuelven a rehacer la enfermedad; A la luz de la Psico-oncología proactiva esto es totalmente natural, explicable y esperable.(10)

Dentro de la Inducción Psicobiológica del Cáncer de Mama comprendemos tres grandes grupos de estudios que estructuran este Marco Teórico Conceptual. (11)

- Estudios de personalidad predispuesta al Cáncer de Mama
- Estudios de las relaciones familiares en las familias de la paciente que desarrolla Cáncer de Mama.
- Estudios de inmunosupresión Psicobiológica y desarrollo de Cáncer de Mama.

I.4.1.1. Psico-oncología del curso del Cáncer mamario

Ante el diagnóstico de Cáncer de mama se produce una reacción aguda de aflicción, un duelo con incredulidad, miedo, tristeza, ansiedad, culpa, cólera, etc.

Posteriormente se aprecian mecanismos de adaptación y defensa como la negación, represión, proyección, aislamiento de los afectos, evitación de situaciones y decisiones, modificación en el concepto del tiempo, etc. (12)

Deben añadirse los rasgos más sobresalientes y las defensas de la personalidad previa, que condicionan las reacciones al estrés que supone la enfermedad neoplásica y que orientan para establecer las estrategias de afrontamiento. (13)

I.4.1.1.1.Reacción de adaptación en la paciente con Cáncer de mama

Las personas que reciben un diagnóstico de Cáncer muestran respuestas características normales propias de la respuesta ante un evento estresor, que en este caso está representado por el Cáncer de mama.

Una paciente diagnosticada con Cáncer de mama presenta una adaptación a la nueva imagen, confrontación de los aspectos físicos presentados lo cual puede desencadenar una inadecuada percepción de la imagen corporal. (14)

I.5. Personalidad

"Personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos."

Los rasgos de personalidad son considerados desde el DSMIV-TR como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar. (15)

I.5.1. Personalidad Tipo A

Se trata de individuos competitivos que tienen una sobrecarga en la competencia de tipo social. Sus estrategias adaptativas los muestran bastante agresivos en la lucha por el éxito y tienden a ocupar una posición de líder. No soportan la pasividad y saturan todo su tiempo con muchas actividades. (10)

I.5.2. Personalidad Tipo B

Los individuos con personalidad tipo B son en general serenos, confiados, relajados y abiertos a las emociones, incluidas las hostiles.

En general este patrón de personalidad es el ideal en las personas porque habla de un mayor equilibrio emocional, por lo que se considera el patrón de personalidad más saludable. (11)

I.5.3. Personalidad Tipo C

Se trata de una personalidad que es cooperadora, complaciente, conformista, perfeccionista y laboriosa, que evita a toda costa el conflicto y busca la armonía, está a la defensiva, no expresa emociones negativas como el enfado o la ansiedad y que utiliza de forma frecuente estrategias de afrontamiento como el desamparo y la desesperanza, la inhibición, la negación, la represión emocional y la autoagresividad.

Según el DSM-IV TR se caracterizan por presentar realismo excesivo, estoicismo, laboriosidad, hiper-responsabilidad, perfeccionismo, autosuficiencia y control afectivo; Pobreza y dificultad en la expresión de emociones y sentimientos (alexitimia) y neuroticismo; Dependencia y tendencia a la depresión, entendida como desesperanza y desamparo.(11)

I.5.3.1. Investigaciones en la Personalidad Tipo C

El interés por el estudio sobre el patrón de personalidad tipo C se acrecenta por los siguientes datos:

El control de los hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables puede salvar muchas vidas ya que los estudios en psiconeuro-inmunología han revelado la influencia del estrés y las emociones en el pronóstico de la enfermedad y sobre la supervivencia de los pacientes diagnosticados de Cáncer. Las personas con mayor inhibición emocional negativa están más predispuestas a padecer algún tipo de neoplasia. (11)

I.6. Personalidad y Cáncer de mama

La mujer con predisposición al Cáncer de Mama es incapaz de asimilar experiencias del comportamiento de satisfacción, y no espera confiadamente que “lo satisfactorio” quite su tensión instintiva, aunque lo anhela grandemente. Por el contrario, carga en su cuerpo con miedos de abandono y fracaso. (12)

I.7. Autoestima

Es un aspecto del autoconcepto y se refiere a una actitud/sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo y a diferencia de la imagen corporal, la autoestima hace referencia a las evaluaciones, positivas y negativas, que la persona tiene de sí misma. (12)

I.8. Imagen corporal

El concepto de imagen corporal es derivado de las diferentes dimensiones en que la gente vive su cuerpo, es decir, que cada quien tiene un concepto distinto de lo que es imagen corporal según su punto de vista y experiencia de vida. (17)

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología, crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social. (14)

Otros autores, centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: “La Imagen Corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”. (13)

Las primeras referencias a la imagen corporal, y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología de principios del Siglo XX. Pick (1922) indicaba que cada persona desarrolla una imagen “espacial” del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial. (14)

“La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos”. (14)

Las teorías psicoanalíticas dominan en la primera mitad del siglo XX las explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y aspectos psicológicos

asociados, poniendo especial hincapié en las manifestaciones inconsistentes. (14)

Pruzinsky propone que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas : Una imagen perceptual que se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes; una imagen cognitiva que incluye pensamientos, auto mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo; una imagen corporal que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo. (15)

Thompson (1990) incluye un componente conductual que se fundamenta en las conductas que tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo. (14)

Slade (1994) centra su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, que varían con el tiempo. (14)

La profesora R. Raich de la Universidad Autónoma de Barcelona, en el año 2000 propone una definición integradora de imagen corporal: “Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos”. (14)

I.8.1. Definición

La imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a como la auto percepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas. (14)

Las definiciones de Imagen Corporal han sido a menudo tautológico (v.g., “positiva”, “negativa”, “segura”, “insegura”, “mala”, “buena”, no suelen haberse tenido en cuenta las diversas dimensiones de un constructo tan rico como lo es la imagen corporal. (15)

I.8.2. El Estadio en el espejo según Jacques Lacan

Lacan dice que el fenómeno del estadio en el espejo es fácilmente observable y se puede describir de la siguiente manera: Cuando un niño se reconoce por primera vez en el espejo, celebra la aparición de su imagen con un gesto de indescriptible alegría. Este júbilo se da porque el niño se identifica con su imagen, la que encuentra en ese lugar reflejada por primera vez completa. En lugar de sentir solo partes de su cuerpo, observa la totalidad. Antes de reconocerse en el espejo el niño nunca ha visto su cara, por ejemplo, ni su cuerpo completo, sino solo miembros parciales. Estos fragmentos no aparecen estructurados o relacionados entre sí, no constituyen una unidad, por lo que han sido percibidos como objetos parciales hasta la experiencia integradora frente al espejo mediante la intervención de un “otro” como la madre que le confirma una incipiente identidad. (16)

Lacan afirma que el reconocimiento de la propia imagen especular ocurre con ayuda de y en relación a otro semejante. Así el pequeño en un estado de imposibilidad e incoordinación motriz anticipa imaginariamente la aprehensión y dominio de su unidad corporal. El proceso que se pone en marcha es el de la

identificación con la imagen del semejante como forma total, lo que permitirá una unificación imaginaria. (15)

Dos procesos como mínimo deben de converger para que se produzca el estadio en el espejo.

- La suficiente maduración de las áreas del cerebro especializadas en la percepción y procesamiento de la información visual, y,
- Que existe un semejante que le sirva de estímulo.

El semejante al que se alude, el Otro, es primera instancia la madre, ella no solo será el modelo visual, en el cual se identifique corporalmente el niño o la niña, sino además la madre será configuradora de la imagen corporal al modelar al niño o a la niña con sus caricias y sus expresiones verbales. El estadio del espejo revela la configuración del yo del sujeto. Para que ocurra esto ha sido necesario el estímulo interno desde un semejante, Lacan deduce de allí que en un principio, inicialmente todo yo es Otro. (15)

Lacan explica la constitución subjetiva como una estructura dinámica organizada en 3 registros. El psicoanalista Francés formulo los conceptos de lo Real, lo Imaginario, y lo simbólico para describir estos tres nudos de la constitución del sujeto. Estos tres registros se hallan entrelazados según la forma de un nudo borromeo; el desanudamiento de cualquiera de los tres provoca el desanudamiento de los otros dos. Se trata de otra herramienta conceptual típica de la topología combinatoria, como lo es la Banda de Mœbius.

Registro de lo imaginario

Lo imaginario está constituido en un proceso que requiere una cierta enajenación estructural, es el reino de la identificación espacial que inicia en el estadio en el espejo y es instrumental en el desarrollo de la agencia psíquica. Es en este proceso de formación que el sujeto puede identificar su imagen como el “yo” diferenciado del otro. Lo que se designa como yo es formado a través de lo que es el otro, en otras palabras, de la imagen en el espejo.

Registro de lo simbólico.

Lo simbólico término que se utilizaba para la colaboración lingüística (lenguaje verbal coherente), genera una reflexión a nivel comunitario del conocimiento primitivo del yo y crea el primer conjunto de reglas que gobiernan el comportamiento e integran a cada sujeto en la cultura. Constituye el registro más evolucionado y es el que tipifica al ser humano adulto. Lacan considera que el lenguaje construye al sujeto y el humano padece este lenguaje por que le es necesario y le aporta a cada sujeto una calidad heurística (con el lenguaje simbólico se piensa, con este lenguaje se razona, con tal lenguaje existe comunicación simbólica entre los humanos).

Registro de lo real.

Lo real es aquello que no se puede expresar como lenguaje, lo que no se puede decir, no se puede representar, porque al representarlo se pierde la esencia de este, es decir, el objeto mismo. Por ello, lo Real está siempre presente pero continuamente mediato mediante lo imaginario y lo simbólico.

El registro de lo real se trata de una fuente de limitaciones y de finitud, pues es el cuerpo que envejece, que se enferma, que produce dolor y cansancio, este cuerpo pone en evidencia la contingencia del ser humano. Este cuerpo puede producir angustia y desolación. También incorpora aquellas deformidades imposibles de modificar y de aceptar que hacen sufrir a la persona.

Estos tres registros se dan en el lenguaje: lo simbólico se da en el significante, lo imaginario se da en el significado que siempre remite a otra significación y también está presente el uso del lenguaje; en contraparte, lo real se encuentra en el despliegue diacrónico del discurso, también puede pensarse como la unión, como que está hundido en el significante. Por lo tanto, desde este punto de vista la palabra es fundamental tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. (15)

I.8.3. La distorsión de la Imagen Corporal

Hay 4 aspectos relacionados con la imagen corporal los cuales se pueden alterar: cognitiva, afectiva, conductual y componentes de evaluación. (15)

El componente cognitivo, es como la persona estima su tamaño corporal, del cuerpo entero o una parte del cuerpo en particular, es una interpretación de la sensación externa de como se observa uno por dentro.

El componente afectivo de la imagen corporal es la respuesta emocional generada por los pensamientos de uno mismo acerca del cuerpo. (15)

El componente evaluativo de la imagen corporal se describe como la calificación que la persona da a su cuerpo al compararse con los demás. (15)

El término distorsión perceptual podría servir como expresión para denominarla alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e “insatisfacción corporal” como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo. Sin embargo en la literatura se encuentra el uso de estos términos de forma muy libre. (15)

I.8.4. Factores que influyen en la alteración de la imagen corporal

El propio cuerpo: Se refiere a todos los datos objetivos posibles con los que se puede describir un cuerpo, así como al aspecto funcional de los mismos (que los órganos funcionen correctamente y que el cuerpo esté sano).

La percepción del cuerpo: En la formación de la imagen corporal tiene especial relevancia los aspectos a los que se presta una especial atención y los que se omiten. De modo que seleccionando los aspectos positivos del cuerpo probablemente se creará una imagen positiva y, por el contrario, si tan sólo se perciben los aspectos negativos la imagen no será satisfactoria. (15)

Funciona como un círculo vicioso, las personas con una mala imagen de sí mismos percibirán más los aspectos negativos, y las que tienen una mejor imagen corporal percibirán más los positivos.

Pensamientos sobre el cuerpo: Hace referencia a las actitudes, creencias e ideas sobre el propio cuerpo. Se puede limitar a los datos objetivos (Me han extirpado una mama”), o a juicios de valor (“Como ya no tengo a mis senos, ya no soy atractiva para mi pareja”). (16)

Emociones en relación con el cuerpo: Si la percepción y los pensamientos que se tienen sobre uno mismo son erróneos puede dar lugar a emociones perturbadoras.

Comportamientos con relación al cuerpo: Si la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo respecto al cuerpo son incorrectos, probablemente los comportamientos también lo serán. Las personas muy preocupadas por su figura evitan situaciones e intentan ocultar su cuerpo. Esta evitación refuerza la imagen negativa que se tiene de uno mismo. (14)

I.8.5. Distorsión de la Imagen Corporal en el Cáncer de mama

La distorsión de la imagen corporal en pacientes con Cáncer de mama se refiere al estrés psicológico subjetivo que acompaña a sentimientos negativos de la mujer, emociones pensamientos y conductas secundarias al Cáncer de mama o las cirugías. (12)

Los medios de comunicación se encargan de idealizar y dar relevancia a los senos cada día más. Para muchas mujeres los senos grandes (en ocasiones desproporcionados) son símbolo de belleza, feminidad, sensualidad, competitividad en el mercado de las apariencias y en algunos casos, se convierten en un instrumento útil para escalar en una posición económica. (17)

El impacto psicológico del descubrimiento de esta patología mamaria es doble: primero, se liga a la pésima imagen del Cáncer, asociada con sufrimiento, mutilación, deformidad, decadencia sexual y muerte, y por otra parte a la imagen idealizada del pecho, como un símbolo inequívoco de feminidad, atractivo físico erotismo y maternidad.(18)

1.9. Percepción

La percepción es un proceso bipolar, uno relativo a las características de los estímulos que activan los órganos de los sentidos; mientras que el segundo abarca las características del perceptor (experiencias, motivos, actitudes, personalidad, etc.). (19)

La percepción es un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos, obviamente es algo más que la imagen del mundo proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado. Aunque la percepción desempeña un papel importante, ello depende de las características del sujeto que lo percibe, los

conocimientos, necesidades, sus intereses y las emociones que pueden influir en forma pasiva y negativa. (20)

La percepción es el modo en que se forman las impresiones opiniones o sentimientos acerca de una persona, objeto o fenómeno y que está influenciado por procesos subjetivos como emociones, deseos y sentimientos.

Integrando las definiciones anteriormente citadas podemos afirmar que la percepción es el resultado de un proceso mental activo mediante el cual la conciencia interpreta los estímulos sensoriales sobre objetos, hechos o situaciones a partir de los cuales se forman nuestras impresiones del mundo que nos rodea los que van a ser influenciados por las experiencias, conocimientos, necesidades, intereses y emociones. (21)

Finalmente la percepción de la paciente con Cáncer de Mama, está dada por las impresiones que se forman en cuanto a la representación o significación de su imagen corporal en base a las experiencias vividas, sentimientos y emociones que van a influir en sus conductas.(22)

I.9.1.Componentes de la Percepción

- Proceso de recepción sensorial: Para que se dé el proceso de la percepción es indispensable que existan receptores sensoriales, ya sean: visuales, auditivos, gustativos entre otros, este proceso no está limitada aun solo campo sensorial, si no que se realiza simultáneamente.
- Proceso de simbolización: La percepción esta siempre asociada a un concepto, hay pues una aprehensión inmediata de un significado, de un estímulo intelectual.

- Proceso emocional: Muchas percepciones pueden dejarnos indiferentes, pero otras pueden estar lo estrechamente asociadas a un proceso emocional proporcionándonos placer, emoción, agrado o desagrado. (23)

1.9.2. Percepción de la Imagen corporal

El cuerpo, en cuanto a la naturaleza, está sometido a los procesos biológicos del nacimiento, la reproducción, la enfermedad, la decadencia y la muerte, pero tales procesos son reconstruidos en sucesos “significativos” ubicados en un mundo de creencias, valores y rituales culturales. Merleau-Ponty dice “el cuerpo es un espacio expresivo que se manifiesta como la simbólica general del mundo, y mediante el cual, podemos comprender el mundo y encontrarle significación, pues el cuerpo no solo es un espacio expresivo entre otros espacios, es el origen de todos los otros”. (24)

Schilder afirma que los procesos que constituyen la imagen del cuerpo tienen un correlato en la esfera libidinal, por lo tanto tienen un valor fundamental las actitudes con los objetos de amor y sus actitudes hacia nosotros. (25)

1.9.3. Percepción de las enfermedades oncológicas

Algunas enfermedades oncológicas son curables en la práctica, la totalidad de los casos, aunque otros tengan una elevada tasa de mortalidad. Aunque en la medicina existan otras muchas enfermedades cuyo impacto sobre la persona y sobre su entorno sea mucho más grave, el cáncer es, además, un mito social, y como tal es el paradigma de la enfermedad grave. Por ello, aunque no se corresponda con la realidad médica, en la actualidad persiste la visión del cáncer como una enfermedad innombrable, incurable y mortal. Ambos factores (las falsas creencias y la realidad médica) coexisten en la persona que recibe el diagnóstico, en su familia y en el medio social que la envuelve. (26)

La importancia de estas creencias, junto con los recursos personales (cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales), van a ser decisivas en el afrontamiento posterior de la enfermedad. (27)

No obstante, no podemos negar que el cáncer, como muchas otras enfermedades crónicas, supone para la persona un ataque a su bienestar y calidad de vida. El tratamiento de la enfermedad a menudo requiere un enfoque multimodal, incluyendo combinaciones de cirugía, quimioterapia, radiación, terapia hormonal e inmunoterapia. (28) Los efectos secundarios de tales tratamientos (fatiga, náusea, alopecia, anorexia y dolor) y los procedimientos quirúrgicos (amputación, eliminación de órganos, otras locación, manipulación y supresión hormonal, daño vascular, muscular, neurológico) tienen un impacto considerable en la imagen corporal y la identidad, en el funcionamiento sexual, en el rol de género e, incluso, en la fertilidad. (29)

Por eso no es de extrañar que muchas pacientes cursen depresión y ansiedad a causa del miedo, la mutilación y la pérdida de funciones. Por ende, la percepción de la imagen corporal se puede ver seriamente afectada. (30)

Por eso, la proximidad física, la afectiva y la intimidad van a ser fundamentales para el afrontamiento de la enfermedad. (31)

I.9.3.1. Percepción del Cáncer de mama

Se plantea que la percepción del Cáncer de Mama a nivel psicológico dependerá de su edad, sus hijos, su esposo, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes del diagnóstico, y se pueden manifestar con una serie de síntomas de sentimientos de inutilidad y auto desvaloración; Para la mayoría de las mujeres representa una crisis personal y de interrelación difícil de superar. (32)

La mujer a la que se le diagnostica Cáncer de Mama afecta su percepción de la imagen corporal reflejada las contingencias naturales de una gran afectación psicológica y la incapacidad potencial de sus compromisos sociales. Se produce una inestabilidad impredecible y de consecuencias muy disímiles; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral descompensación y recuperación que pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social. (33)

Por lo tanto, el grado de afectación de la percepción de la imagen corporal ante el diagnóstico de Cáncer de Mama depende de 2 factores:

- El grado de identidad femenina, en la constitución de su imagen corporal.
- De la propia personalidad de la paciente. (34)

I.9.4. Imagen Corporal en el Cáncer de mama

Independientemente del tratamiento indicado para cada mujer con Cáncer de mama este afecta a la percepción de la imagen corporal de las mujeres, toda vez que el seno de la mujer está cargado de significado social y cultural, y está íntimamente ligado a la imagen corporal femenina. (35)

Por este motivo es probable que la mujer se preocupe y tema dejar de ser atractiva sexualmente para su pareja, y que él reaccione negativamente a los cambios físicos producidos por la cirugía o por los efectos secundarios de la quimioterapia como la caída del cabello. (36)

La intensidad de la reacción frente a la pérdida de una parte del cuerpo depende del lugar representativo que ocupa en la imagen corporal. En el caso del seno, como ya dijimos anteriormente es considerado un símbolo de las mujeres tanto de

la sexualidad como de la maternidad, íntimamente relacionado con la femineidad, es así que estos factores van a influenciar en como la paciente siente, piensa y actúa, es decir, los aspectos físico, psicológico y social, haciendo que la aceptación de la nueva imagen corporal sea difícil, lo que influye en el nivel de aceptación de sí misma y de los demás. (37)

1.10. Generalidades de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza

La Jurisdicción Sanitaria es definida como una unidad técnico-administrativa desconcentrada por región, del Instituto de Salud del Estado de México. Los cuales cuentan con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población abierta, con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área de influencia.

La Jurisdicción Sanitaria dentro del marco de su responsabilidad tiene la elaboración del diagnóstico de salud, la programación y la instrumentación de acciones de salud que respondan a las necesidades locales

La Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza se ubica en la zona noroeste del estado de México, limita al Norte con los municipios de Cuautitlán Izcalli y Tepotzotlán; al Sur con Xilotzingo, Naucalpan y Otzolotepec; al Oeste con Jiquipilco, Temoaya y Villa del Carbón; al Este con Tlalnepantla y Cuautitlán Izcalli

De acuerdo al Estudio de Regionalización Operativa tiene como responsabilidad los municipios de Atizapán de Zaragoza, Nicolás Romero e Isidro Fabela.

La Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza está conformada por 10 Coordinaciones Municipales de Salud, 22 Centros de Salud 1 Módulo Materno Infantil, 1 Hospital General, 1 Hospital Materno Infantil “Guadalupe Victoria”, 1 Hospital Municipal y 1 Centro de Atención Primaria a las Adicciones.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

El Cáncer de mama constituye una de las primeras causas de muerte en mujeres En el mundo. En México este tipo de cáncer ocupa la segunda causa de muerte en la mujer después del cáncer Cervicouterino, con una mayor incidencia en el norte del país.

Las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama ven a esta enfermedad como uno de los acontecimientos más desequilibrantes en su vida, el cual determina un cambio en su propia imagen y en los roles desempeñados en la sociedad; además de los efectos que trae consigo el tratamiento.

Dicho tratamiento del Cáncer de mama repercute a nivel psicosocial incluyendo ansiedad, depresión y baja autoestima así como alteraciones en la imagen corporal entre otros, como la autoestima, ya que el efecto negativo en este se ha estudiado desde el punto de vista cualitativo en mujeres con Cáncer de mama, concluyendo que los cambios que lo acompañan hacen que los individuos se hagan preguntas críticas de su persona; así mismo afectan las actividades cotidianas que las mujeres realizan. Se ha reportado que el rol desempeñado por las mujeres con Cáncer de mama afecta su calidad de vida, la percepción de sí mismas y en las mujeres jóvenes con cáncer de mama presentan más estrés psicológico que las mujeres adultas mayores ante el diagnóstico.

Hoy en día, se acepta que en el riesgo de contraer cáncer, en la progresión de la enfermedad y en las respuestas inmunológicas influyen indudablemente variables psicosociales y se está generando además, una serie de cambios en la atención a la autonomía y a los aspectos personales y sociales de los pacientes, en parte

porque cada día se considera más el papel que juegan el patrón de personalidad en la génesis y desarrollo del cáncer.

Lo anterior, supone que el estrés sostenido característico de la personalidad tipo C, determinado por sus características propias, forma parte de una compleja red de factores precipitantes de la enfermedad neoplásica; incluyendo la autoestima y la percepción de la imagen corporal.

A este respecto, desde la prevención primaria de la salud, se enfatiza la importancia de proporcionar estrategias de afrontamiento a individuos vinculados con factores de riesgo (Personalidad tipo C y baja autoestima).

En el Estado de México las muertes de mujeres por cáncer de mama incrementaron 59.7 por ciento del 2000 al 2008 en la entidad. La tasa de mortalidad pasó de 11.44 a 15.60 muertes por cada 100 mil mujeres. De acuerdo con el último reporte oficial, realizado en 2011, se reportaron 616 fallecimientos de mujeres por esta enfermedad.

Los municipios con mayor número de defunciones por Cáncer de mama son: Ecatepec, Nezahualcóyotl, Naucalpan, Tlalnepantla, Toluca, Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza, Tultitlán, Coacalco y Metepec; de los cuales Atizapán de Zaragoza, Nicolás Romero, Isidro Fabela y una parte de los municipios de Naucalpan y Cuautitlán Izcalli son área de responsabilidad directa de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, además debemos de tomar en cuenta que existen cerca de 2, 404,559 habitantes que se consideran como población flotante en colindancia intermunicipal y que viajan diariamente a través del resto de los municipios involucrados (Ecatepec, Tlalnepantla, Nezahualcóyotl y Ecatepec). En la Jurisdicción Atizapán de Zaragoza el cáncer de mama es la principal causa de muerte en las mujeres de 45 a 54 años.

II.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción predominante de la Imagen Corporal, qué Tipo de Personalidad presentan y cuál es el Nivel de Autoestima de las mujeres con Cáncer de mama con tratamiento oncológico de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza 2012-2013?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. Académica

La obtención del Diploma de Especialista en Salud Pública, con base en la Legislación Universitaria de Escuelas y Facultades de la Universidad Autónoma del Estado de México.

III.2. Epidemiológica

El Cáncer de mama constituye la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y de las infecciosas, siendo un problema de salud pública para los países desarrollados y subdesarrollados; los cuales deben enfrentar el problema del Cáncer de mama teniendo en cuenta sus propias realidades sociales y económicas.

III.3. Educativa

Como antecedente para otros protocolos de investigación, así como mostrar la situación de la percepción de la imagen corporal, autoestima y patrón de personalidad de las mujeres inscritas a tratamiento oncológico en la Jurisdicción Sanitaria Atizapán.

III.4. Social

El Cáncer de mama es todavía una de las enfermedades más estigmatizadas del mundo, el estigma se relaciona a la percepción de que la persona con cáncer está fuera de lo aceptable en una forma negativa o indeseable. Esta percepción frecuentemente conduce a la discriminación que a su vez resulta en la pérdida de posición social, el rechazo y el aislamiento. Asimismo el estigma agrava la

devastación social, emocional y financiera que demasiadas veces acompaña el diagnóstico del cáncer.

III.5. Económica

El Cáncer de mama es un problema grave ya que genera altos costos para las Instituciones de Salud, en la actualidad la mayoría de los pacientes no cuentan con seguridad social y no tienen ninguna forma de protección financiera para el cuidado de la salud. El Cáncer de mama puede precipitar a una familia en la pobreza o hundirla más en ella, además debemos considerar que actualmente el Cáncer de mama se encuentra catalogado como un gasto catastrófico en Salud, por lo que se pretenden establecer estrategias para su diagnóstico oportuno y la limitación de las secuelas.

IV. HIPÓTESIS

En las mujeres con Cáncer de mama con tratamiento Oncológico, de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, la Percepción predominante de la Imagen Corporal es la inadecuada, presentando Tipo de Personalidad C y Nivel de Autoestima baja en más del 50 por ciento de los casos.

IV.1. Elementos de la hipótesis

IV.1.1. Unidades de observación

Las mujeres con Cáncer de mama con tratamiento oncológico de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza.

IV.1.2. Variables

IV.1.2.1. Dependiente

Percepción de la Imagen Corporal

IV.1.2.2. Independientes

Tipo de Personalidad

Nivel de Autoestima

IV.1.3. Elementos lógicos

En, la, predominante es la inadecuada, presentando C, y baja, en más del 50 por ciento de los casos.

V. OBJETIVOS

V.1. Objetivo General

Relacionar la Percepción de la Imagen Corporal con los Tipos de Personalidad y el Nivel de Autoestima de las mujeres con Cáncer de mama con tratamiento oncológico de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza.

V.2. Objetivos específicos

- Clasificar a las mujeres con Cáncer de mama de acuerdo a su Percepción de la Imagen Corporal
- Relacionar la Percepción de la Imagen Corporal con el Nivel de Autoestima
- Relacionar la Percepción de la Imagen Corporal con el Tipo de Personalidad
- Relacionar la Percepción de la Imagen Corporal con el Grado de Estudios
- Relacionar la Percepción de la Imagen Corporal con el Grupo de Edad
- Relacionar la Percepción de la Imagen Corporal con el Tipo de Terapia Oncológica
- Relacionar la Percepción de la Imagen Corporal con el Tipo de Intervención Quirúrgica
- Clasificar a las mujeres con Cáncer de mama de acuerdo a su Nivel de Autoestima
- Relacionar el Nivel de Autoestima con el Tipo de Personalidad
- Relacionar el Nivel de Autoestima con el Grado de Estudios
- Relacionar el Nivel de Autoestima con el Grupo de Edad
- Relacionar el Nivel de Autoestima con el Tipo de Terapia Oncológica
- Relacionar el Nivel de Autoestima con el Tipo de Intervención Quirúrgica
- Clasificar a las mujeres con Cáncer de mama de acuerdo a su Tipo de Personalidad

- Relacionar el Tipo de Personalidad con el Grado de Estudios
- Relacionar el Tipo de Personalidad con el Grupo de Edad
- Relacionar el Tipo de Personalidad con el Tipo de Terapia Oncológica
- Relacionar el Tipo de Personalidad con el Tipo de Intervención Quirúrgica
- Clasificar a las mujeres con Cáncer de mama por Grado de estudios
- Clasificar a las mujeres con Cáncer de mama por Grupo de edad
- Clasificar a las mujeres con Cáncer de mama por tipo de Terapia Oncológica
- Clasificar a las mujeres con Cáncer de mama por Tipo de Intervención Quirúrgica
- Divulgar los resultados del presente estudio en los establecimientos de salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza y referir adecuada y oportunamente a las mujeres diagnosticadas con Cáncer de Mama
- Divulgar los resultados del presente estudio en los establecimientos de salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza

VI. MÉTODO

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, observacional, transversal y descriptivo.

VI.2. Diseño de Estudio

Se realizó este estudio en el periodo de Agosto 2012- Mayo 2013 en las pacientes con Cáncer de mama con tratamiento oncológico en 22 Unidades de Primer Nivel y 4 de Segundo Nivel de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, que aceptaron y entregaron el consentimiento informado para participar en este estudio.

Posteriormente se aplicaron, por parte del investigador, los instrumentos de investigación para la recolección de datos: IPDI (Inventario de Personalidad de Diez Ítems), escala BIS de Hopwood para determinar la percepción de la imagen corporal en mujeres con Cáncer de mama y Escala de Autoestima de Rosenberg. Lo anterior realizado con respeto a la confidencialidad de los pacientes. Posteriormente se revisó y se validó la información. Se elaboraron cuadros de salida y gráficas.

VI.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEM
Percepción de la Imagen Corporal	Condición multifacética que involucra componentes perceptivos: que incluye la manera como cada persona	Concepto que se refiere a la manera en que las mujeres con cáncer de mama perciben, imaginan, sienten	Cualitativa nominal	Percepción Adecuada de la Imagen Corporal: Toda paciente que obtenga una	12-23

	<p>observa su cuerpo en función de tamaño y forma, y grado de satisfacción con la figura refiriéndose a la reacción y comportamiento que la persona presenta como resultado del proceso perceptivo.</p>	<p>y actúan respecto a su propio cuerpo.</p>		<p>puntuación de 0 a 15 puntos en el cuestionario de Hopwood</p> <p>Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal:</p> <p>Toda paciente que obtenga una puntuación de 16 a 30 puntos en el cuestionario de Hopwood</p>	
--	---	--	--	---	--

<p>Nivel de Autoestima</p>	<p>El juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor</p>	<p>El sentimiento de aceptación y aprecio, que las mujeres con cáncer de mama perciben por ellas mismas, y que va unido al sentimiento de competencia y valía personal.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Nivel de Autoestima Baja:</p> <p>Toda paciente que tenga una puntuación menor de 25 puntos en el Test de Rosenberg.</p> <p>Nivel de Autoestima Regular:</p> <p>Toda paciente que tenga una puntuación de 26 a 29 puntos en el Test de Rosenberg</p> <p>Nivel de Autoestima Alta:</p> <p>Toda paciente que presente una puntuación superior a 29 puntos en el Test de Rosenberg</p>	<p>34-43</p>
-----------------------------------	---	---	----------------------------	--	--------------

<p>Tipo de Personalidad</p>	<p>Se refiere a los patrones de pensamientos y sentimientos y conductas característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, y que distinguen a una persona de otra</p>	<p>Patrones distintivo de conducta manifestada por las pacientes con Cáncer de mama, que caracterizan la adaptación de cada una a las situaciones de su vida</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Tipo de Personalidad A: Todo paciente que obtenga una puntuación igual o mayor a 18 en los ítems 1,2 y 3 del cuestionario IPDI. Se considera con tendencia al neuroticismo.</p> <p>Tipo de Personalidad B: Todo paciente que obtenga una puntuación igual o mayor a 18 en los ítems 4,5 y 6 del cuestionario IPDI Se considera la más saludable.</p> <p>Tipo de Personalidad C: Todo Paciente que obtenga una puntuación igual o mayor a 18 en los ítems 7,8,9 y 10 del cuestionario IPD</p>	<p>24-33</p>
------------------------------------	--	--	----------------------------	--	--------------

Grado de Estudios	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en una escuela.	Nivel de Instrucción más elevado de una paciente al momento del estudio.	Cualitativa Ordinal	Analfabeta Primaria Completa Primaria incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Preparatoria Completa Preparatoria Incompleta Licenciatura Completa Licenciatura Incompleta	2
Grupo de Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Edad del paciente al momento de realizar el estudio, en bloques de 4 años.	Cuantitativa Discreta	<25 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60>	1
Tipo de Terapia Oncológica	Conjunto de acciones o combinación de diversas modalidades o disciplinas para conseguir un control eficaz de la enfermedad	Tratamiento no quirúrgico que tiene asignado cada paciente	Cualitativa Nominal	Quimioterapia Radioterapia	3-5

<p>Tipo de Intervención Quirúrgica</p>	<p>Medida terapéutica quirúrgica para la extirpación de la mama, con la finalidad de tratar enfermedades del tejido mamario</p>	<p>Procedimiento quirúrgico que fue utilizado en cada paciente</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Mastectomía Unilateral Parcial: Se extirpa sólo la glándula, se conserva la piel, la areola y el pezón, en una sola mama.</p> <p>Mastectomía Unilateral Radical: La extirpación de la mama completa, incluida la piel que la cubre, la areola y el pezón en una sola mama,</p> <p>Mastectomía Bilateral Parcial: Se extirpa sólo la glándula, se conserva la piel, la areola y el pezón, en ambas mamas.</p> <p>Mastectomía Bilateral Radical: La extirpación de la mama completa, incluida la piel que la cubre, la areola y el pezón en ambas mamas</p>	<p>6-11</p>
---	---	--	----------------------------	--	-------------

VI.4. Universo de Trabajo

68 mujeres con Cáncer de mama que acudieron a consulta a cada uno de los 22 centros de salud y 4 Hospitales que integran la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de

Zaragoza, que actualmente se encuentran con tratamiento oncológico y que aceptaron participar en el estudio.

VI.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres diagnosticadas con Cáncer de mama.
- Que acudieron a los 22 Centros de Salud y 4 Hospitales de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza.
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Que aceptaron contestar el instrumento previa autorización y consentimiento informado.
- Que firmaron hoja de consentimiento informado.

VI.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no firmaron la carta de consentimiento informado, aunque aceptaron participar.
- Pacientes que no pudieron participar por gravedad o limitaciones físicas.

VI.4.3. Criterios de eliminación

- Pacientes que entregaron incompleto el cuestionario.

VI.5. Instrumento de Investigación

- IPDI (Inventario de Personalidad de Diez Ítems).
- Escala BIS de Hopwood.
- Escala de Autoestima de Rosenberg.

VI.5.1. Descripción

Con base en el tema de interés se recolectaron los resultados de los cuestionarios sobre Personalidad, Autoestima e Imagen corporal en mujeres con Cáncer de

mama. El cuestionario IPDI está compuesto por diez preguntas de escala tipo Likert. La escala BIS de Hopwood se integra por diez preguntas escala tipo Likert y el tercer anexo sobre la escala de autoestima de Rosenberg consta de 10 ítems, frases de las que 5 están enunciadas en forma positiva y cinco de forma negativa.

VI.5.2. Validación

No requiere ya que han sido validados previamente.

VI.5.3. Aplicación

Se realizó una aplicación dirigida del cuestionario en los 22 Centros de Salud y 4 Hospitales de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza a las pacientes con Cáncer de mama, se realizó la investigación por el mismo investigador.

VI.6. Desarrollo del proyecto

Se aplicó el método de la encuesta en la recolección de la información con base en el tema de interés: Personalidad, Autoestima e Imagen Corporal en mujeres con Cáncer de mama inscritas a tratamiento oncológico pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza México 2012-2013. El propósito fue recabar información mediante preguntas cerradas, con valores cualitativos y cuantitativos cumpliendo los criterios éticos (respeto, profesionalismo, confidencialidad y garantía del manejo de la información obtenida con fines de investigación).

VI.7. Límite de tiempo y espacio

El presente estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre los meses de Agosto 2012 – Mayo 2013, en la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza.

VI.8. Diseño de Análisis

Posterior a la recolección de los datos se realizó lo siguiente:

- Revisión de la información
- Elaboración de la base de datos en Excel
- Clasificación y tabulación de los datos
- Elaboración y validación de los cuadros de salida
- Diseño de gráficos de barras
- Redacción de resultados, conclusiones y sugerencias

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki, cuya información fue de carácter confidencial. La aplicación del instrumento se realizó en los 22 Centros de Salud y 4 Hospitales que integran la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, previa autorización de las autoridades correspondientes. (Anexo 6).

Segundo, a los pacientes se les dio a conocer el objetivo del estudio a través de la carta de consentimiento informado, la cual fue autorizada y/o firmada por cada uno de ellos (Anexo 5).

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista:

M.C. Pedro Fajardo Juárez

Directores de Tesis:

Ph. D. Mario Enrique Arceo Guzmán

Dr. en Hum. Arturo García Rillo

IX.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Posterior a la aplicación de los 68 instrumentos de investigación a las unidades de observación que cumplieron con los criterios de inclusión, se encontraron los siguientes resultados:

Con respecto a relacionar la Percepción de la Imagen Corporal con los Tipos de Personalidad, la Percepción de la Imagen Corporal predominante es la inadecuada con un 69.3 por ciento y el tipo de personalidad que más se presenta es la tipo C con un 60.5 por ciento y el nivel de autoestima que presenta mayor frecuencia es la baja con 41 mujeres lo que representa un 60.5 por ciento.

Por lo que la hipótesis propuesta que a la letra dice: En las mujeres con Cáncer de mama con tratamiento Oncológico, de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, la Percepción predominante de la Imagen Corporal es la inadecuada, presentando Tipo de Personalidad C y Nivel de Autoestima baja en más del 50 por ciento de los casos, se demuestra. (Cuadro 1, Gráfico 1).

En cuanto a la Percepción de la Imagen Corporal 21 mujeres (30.7%) presentaron una Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y 47 mujeres (69.3%) tuvieron una Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal. (Cuadro 2, Gráfico 2).

Lo anterior concuerda con lo descrito por Ramírez O., Arceo G., Pimentel R. que muestran resultados en los que el 53.8% de las mujeres encuestadas presentan Percepción de la Imagen Corporal Inadecuada y 46.1% de las mujeres presentan Percepción adecuada de la Imagen Corporal. (4)

Al relacionar la Percepción de la Imagen Corporal con el Nivel de Autoestima, 47 de las pacientes entrevistadas (69.3%) presentaron un Nivel de Autoestima Baja con una Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal, 2 pacientes (2.9%)

presentaron Percepción Adecuada de la Imagen Corporal con un Nivel de autoestima Baja.

En cuanto a las mujeres con Nivel de Autoestima Regular, 12 mujeres (17.6%) tienen una Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y 8 mujeres (11.7%) presentan una Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal, en relación a las mujeres con Nivel de Autoestima Alta, 7 mujeres (10.2%) tienen una Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y ninguna mostró relación entre la Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal y un Nivel de Autoestima Alta. (Cuadro 3, Gráfica 3).

Al relacionar la Percepción de la Imagen Corporal con el Tipo de Personalidad, 4 de las mujeres entrevistadas (5.8%) presentaron un tipo de Personalidad A con una Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal, 7 pacientes (10.2%) presentaron Percepción Adecuada de la Imagen Corporal con un Tipo de Personalidad A.

En cuanto a las mujeres con Tipo de Personalidad B, 10 mujeres (14.7%) tienen una Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y 6 mujeres (8.8%) presentan una Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal. En relación a las mujeres con Tipo de Personalidad C, 4 mujeres (5.8%) tienen una Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y la mayoría de este grupo presenta un Tipo de Personalidad C con una Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal quedando en esta condición 37 mujeres (54.7%). (Cuadro 4, Gráfico 4).

En cuanto a la relación que hay entre la Percepción de la Imagen Corporal y el Grado de estudios en las pacientes, la única mujer analfabeta (1.4%) cursa con Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal, de las 6 mujeres con Primaria Incompleta solo 1 (1.4%) presenta Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y 5 mujeres (7.4%) presentan Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal, de las mujeres con Primaria Completa, ninguna presentó Percepción Adecuada de la

Imagen Corporal y 4 mujeres (5.8%) presentaron Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal, de las mujeres con Secundaria Incompleta ninguna cursó con Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y solo una con Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal, las mujeres que terminaron la secundaria, 9 presentaron Percepción Adecuada de la Imagen Corporal (13.5%) y 26 mujeres (38.4%) corresponden al subgrupo de mujeres con Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal, siendo este el subgrupo con mayor número de unidades de observación.

En las mujeres que cuentan con Preparatoria Incompleta, corresponden 2 (2.9%) y 4 (5.9%) a Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal respectivamente, de las que concluyeron el Bachillerato, 3 mujeres (4.2%) se encontraron con Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y 6 (8.8%) con Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal.

Solo 2 pacientes (2.9%) truncaron la Licenciatura y presentaron Percepción Adecuada de la Imagen Corporal, 4 mujeres (5.9%) concluyeron la Licenciatura y presentaron Percepción Adecuada de la Imagen Corporal. (Cuadro 5, Gráfico 5).

En lo que se refiere a la edad, no se encontraron mujeres en los grupos de <25 años y 25-29 años, solo una paciente (1.4%) se encontró en el grupo de los 30-34 años, la cual presentó Percepción Adecuada de la Imagen Corporal, de las 12 pacientes en el grupo de 35-39 años, 4 mujeres (6.1%) refirieron Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y 8 mujeres (12.1%) se encontraron con Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal.

La mayoría de las mujeres se encontraron en el grupo de los 40–44 años siendo 20 mujeres (29.4%) de las cuales 8 (11.6%) y 12(17.8%) mujeres corresponden a Percepción Adecuada e Inadecuada de la Imagen Corporal respectivamente.

En las mujeres del grupo entre los 45-49 años, 7 mujeres (10.2%) se encontraron con Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y 11 (16.1%) con Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal.

Sólo una mujer del grupo de 50-54 años se refiere con Percepción Adecuada de la Imagen Corporal y 7 mujeres (10.2%) con Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal, de las mujeres entre 55-59 años solo una (1.4%) presenta Percepción Adecuada de la Imagen Corporal, y 5 mujeres (7.3%), con Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal y 3 mujeres mayores de 60 años (4.4%) presentan Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal. (Cuadro 6, Gráfica 6).

En lo que se refiere a el Tipo de Terapia Oncológica, 25 mujeres (36.8%) recibieron Quimioterapia, de las cuales 24 (35.4%), presentaron Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal y solo una (1.4%), refirió Percepción Adecuada de la Imagen Corporal, de las mujeres que recibieron Radioterapia 43 (63.2%), 23 mujeres (33.9%) presentan Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal y 20 mujeres (29.3%) Percepción Adecuada de la Imagen Corporal. (Cuadro 7, Gráfico 7).

Lo anterior concuerda con los resultados de Truco, M., que muestran que el 54.35% de las mujeres encuestadas tienen una Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal y 45.65% una percepción adecuada de la Imagen Corporal. (26)

En cuanto a la Percepción de la Imagen Corporal por Tipo de Intervención Quirúrgica, 37 mujeres (54.7%) se les practicó Mastectomía Unilateral Parcial, predominando la Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal sobre la Percepción Adecuada de la Imagen Corporal quedando así 29 mujeres (43%) y 8 mujeres (11.7%) respectivamente en cada uno de los grupos, de las 22 mujeres a las que se les realizó Mastectomía Unilateral Radical, la frecuencia con la que se presentó la Percepción Adecuada e Inadecuada de la Imagen Corporal fue la misma, 11 mujeres que representan un (16.1%), solo a 3 mujeres se les practico

Mastectomía Bilateral Radical las cuales presentaron Percepción Inadecuada del Imagen corporal, representando el (4.4%) de la población total (Cuadro 8, Gráfico 8).

Con respecto al Nivel de Autoestima, 41 mujeres (60.5%) presentaron Nivel de Autoestima Baja, 20 mujeres (29.3%), presentaron un Nivel de Autoestima Regular y 7 mujeres (10.2%) un Nivel de Autoestima Alta. (Cuadro 9, Gráfico 9)

Al relacionar el Nivel de Autoestima con el Tipo de Personalidad, 4 de las mujeres entrevistadas (5.8%) presentaron un Nivel de Autoestima Alta con un Tipo de Personalidad A, 5 mujeres (7.2%) presentaron Nivel de Autoestima Regular con un Tipo de Personalidad A.

En cuanto a las mujeres con tipo de Personalidad B, 2 mujeres (2.9%) tienen un Nivel de Autoestima Alta y 14 mujeres (20.6%) presentan un Nivel de Autoestima Regular, en relación a las mujeres con Tipo de Personalidad C, 1 mujer (1.5%) tiene un Nivel de Autoestima Alta y la mayoría de este grupo presenta un tipo de Personalidad C, con un Nivel de Autoestima Baja, quedando en esta condición 39 mujeres (57.5%). (Cuadro 10, Gráfico 10).

En cuanto a la relación que hay entre el Nivel de Autoestima y el Grado de estudios en las mujeres, la única paciente analfabeta (1.4%) cursa con Nivel de autoestima Baja, de las 6 pacientes con Primaria Incompleta solo 1 (1.4%) presenta Nivel de Autoestima Regular y 5 (7.4%) presentan Nivel de Autoestima Baja, de las mujeres con Primaria completa, ninguna presento Nivel de Autoestima Alta y 4 mujeres (5.8%) presentaron Nivel de autoestima Baja, de las mujeres con Secundaria Incompleta ninguna presenta Nivel de Autoestima Regular o Alta y solo una con Nivel de Autoestima Baja, Las que terminaron la secundaria, 21 presentaron Nivel de autoestima Baja (31.5%) y 14 (20.4%) corresponden al grupo de mujeres con Nivel de Autoestima Regular.

En las mujeres con Preparatoria Incompleta, corresponden 1 (1.4%) y 5 (7.4%) a Nivel de Autoestima Alta y Nivel de Autoestima Baja respectivamente, de las que concluyeron la Preparatoria, 4 mujeres (5.6%) se encontraron con Nivel de Autoestima Baja y con la misma frecuencia se presentó el nivel de Autoestima Regular y solo una mujer (1.4%) con Nivel de Autoestima Alta.

Solo 2 mujeres (2.9%) truncaron la Licenciatura y presentaron Nivel de Autoestima Alta, 4 mujeres (5.9%) concluyeron la Licenciatura y 3 (4.5%) presentaron Nivel de Autoestima Alta y solo una, Nivel de autoestima Regular (1.4%). (Cuadro 11, Gráfico 11).

En lo que se refiere a la edad no se encontraron mujeres en los grupos de <25 años y 25- 29 años, solo una mujer (1.4%) se encontró en el grupo de los 30-34 años, la cual presentó Nivel de Autoestima Baja, de las 12 pacientes en el grupo de 35 – 39 años, 7 mujeres (10.8%) refirieron Nivel de Autoestima Baja, 3 mujeres (4.5%) se encontraron con Nivel de Autoestima Regular y 2 (2.9%) con Nivel de autoestima Alta.

La mayoría de las mujeres se encontraron en el grupo de los 40 – 44 años, siendo estas un total de 20 mujeres (29.4%), de las cuales 9 (13.2%) mostraron un Nivel de Autoestima Baja, 7 (10.3%) de las mujeres corresponden a un Nivel de Autoestima Regular y 4 mujeres (5.9%) corresponden a un Nivel de Autoestima Alto.

En las mujeres del grupo de entre los 45-49 años, 8 mujeres (11.7%) se encontraron con Nivel de Autoestima Regular, 9 mujeres (13.2%) con Nivel de Autoestima Baja y solo una (1.4%) con Nivel de Autoestima Alta.

Dos mujeres (2.8%) del grupo de 50-54 años se refiere con Nivel de Autoestima Regular y 6 mujeres (8.8%) con Nivel de Autoestima Baja, de las mujeres entre 55-59 años presentaron 6 mujeres (8.8%) un Nivel de Autoestima Baja y 3 mujeres

mayores de 60 años (4.4%) presentan Nivel de Autoestima Baja. (Cuadro 12, Gráfico 12).

En lo que se refiere a el Tipo de Terapia Oncológica 25 mujeres (36.8%) recibieron Quimioterapia, de las cuales 24 (35.4%), presentaron Nivel de Autoestima Baja y solo una (1.4%), un Nivel de Autoestima Regular, de las 43 mujeres que recibieron Radioterapia (63.2%), 17 mujeres (25.1%) presentan Nivel de Autoestima Baja ,19 mujeres (27.9%) Nivel de Autoestima Regular y solo 7 mujeres (10.2%) presentan Nivel de Autoestima Alta. (Cuadro 13, Gráfico 13).

En cuanto al Nivel de Autoestima por Tipo de Intervención Quirúrgica, 37 mujeres (54.7%) se les practicó Mastectomía Unilateral Parcial, predominando un Nivel de Autoestima Baja sobre el Nivel de Autoestima Regular y el Nivel de Autoestima Alta,30 mujeres (43.7%), 6 mujeres (9.6%) y 1 mujer (1.4%) se presentaron respectivamente en cada uno de los grupos, de las 22 mujeres a las que se les realizó Mastectomía Unilateral Radical, 6 mujeres (9.6%) tienen Nivel de Autoestima Baja, 11 mujeres (15.4%) presentan un Nivel de Autoestima Regular y 5 mujeres (7.4%) presentan Nivel de Autoestima Alta, para las mujeres que se les realizó Mastectomía Bilateral Parcial, los porcentajes para los Niveles de Autoestima Baja, Regular y Alta fueron 4.4%, 2.9% y 1.4% respectivamente, solo a 3 mujeres se les practicó Mastectomía Bilateral Radical, de las cuales 2 (3.0%) presentaron Nivel de Autoestima Baja y 1 mujer (1.4%) Nivel de Autoestima Regular. (Cuadro 14, Gráfico 14).

De las pacientes entrevistadas 11 (16.0%) presentaron Tipo de Personalidad A, 15 (23.5%), presentaron Tipo de Personalidad B y 41 (60.5%) presentaron Tipo de Personalidad C. (Cuadro 15 Gráfico 15).

Al relacionar el Tipo de Personalidad con el Grado de Estudios se encontró que 35 mujeres (51.9%) terminaron la Secundaria, predominando en estas el Tipo de

Personalidad C, con 20 mujeres, representando un 29.6% de las mujeres entrevistadas. (Cuadro 16, Gráfico 16).

En cuanto al Tipo de Personalidad por Grupo de Edad 20 mujeres (29.4%) corresponden al grupo de 40–44 años, que representan a la mayoría de las mujeres encuestadas, de las cuales 9 (12.6%) presentan Personalidad tipo C, 5 mujeres (7.6%) al Tipo de Personalidad B y 6 mujeres (9.2%) al Tipo de Personalidad A. (Cuadro 17, Gráfico 17).

La relación del Tipo de Personalidad con el Tipo de Terapia Oncológica mostró que el mayor número de mujeres entrevistadas recibieron Radioterapia como tratamiento siendo estas, un total de 43 mujeres (60.2%) de las cuales 18 mujeres (24.7%) presentaron Tipo de Personalidad C, 15 mujeres (21.5%) presentaron Tipo de Personalidad B y 10 mujeres (14%) Tipo de Personalidad A. (Cuadro 18, Gráfico 18).

La relación del Tipo de Personalidad con el Tipo de Intervención Quirúrgica mostro que al mayor número de mujeres entrevistadas Mastectomía Unilateral Parcial con una frecuencia de 37 mujeres (57.3%) de las cuales 29 mujeres (44.9%) presentaron Tipo de Personalidad C, 4 mujeres (9.2%) presentaron Tipo de Personalidad B y 7 mujeres (9.8%) Tipo de Personalidad A. (Cuadro 19, Gráfico 19).

El Grado de Estudios que presentó con una mayor frecuencia en las mujeres entrevistadas fue la Secundaria Completa teniendo 35 mujeres (51.9%) en este grupo, se presentó 1 mujer (1.4%) Analfabeta, 6 mujeres (8.8%) con Primaria Incompleta, 4 mujeres (5.6%) con Primaria Completa y 1 mujer (1.4%) con Secundaria Incompleta.

Para el Bachillerato, 9 mujeres (13.2%) lo concluyeron y 6 mujeres (8.8%) no lo terminaron, 4 mujeres presentaron Licenciatura Completa (5.8%) y solo 2 mujeres con Licenciatura Incompleta (2.9%). (Cuadro 20, Gráfico 20).

El Grado de Estudios predominante en el presente estudio fue de Secundaria completa lo que concuerda con lo descrito por Bañuelos B. (37)

A diferencia de lo señalado por Molina V., Ramírez H. (32) el cual describe en su investigación que el 30 % de las mujeres con Cáncer de mama presentan Primaria Incompleta, como Grado de estudios predominante, debe tomarse en cuenta que el estudio antes descrito fue realizado en una población con un menor acceso a la educación, a diferencia del presente estudio el cual se realizó en el área urbana.

En relación a la edad de las mujeres encuestadas en los grupos de <25 años y 25-29 años no se encontraron unidades de observación que correspondieran a tales grupos, en el grupo de 30-34 años solo una mujer, que representó el (1.4 %) se encontró en este grupo, 12 mujeres (18.2%) pertenecían al grupo de 35-39 años, la mayoría de las mujeres encuestadas se encontraban en el grupo de edad de entre 40-44 años, con una frecuencia de 20 mujeres (29.4%), los grupos de 50-54 años, 55 -59 años y > 60 años presentaron frecuencias de 8,6 y 9 mujeres respectivamente con porcentajes de 11.6%, 8.7%, y 4.4%, en relación a la totalidad de mujeres encuestadas. (Cuadro 21, Gráfico 21).

En comparación con los resultados de Molina V., Ramírez H. (32) la mayoría de las mujeres en la presente investigación se encuentran en el grupo de edad 40 – 44 años que difiere a lo descrito por ellos (51 años), por lo que se refuerza lo establecido o representado en las estadísticas del sector salud y social respecto al cáncer de mama por grupos de edad.

De las 68 mujeres encuestadas, 25 mujeres recibieron Quimioterapia (36.8%) y 43 mujeres fueron tratadas con Radioterapia (63.2%). (Cuadro 22, Gráfico 22).

Los resultados del presente estudio concuerdan con los de Sebastián J., Dimitra Manos, que describe que de las pacientes mastectomizadas, 52.17% de ellas son mayores de 50 años; 15.22% se encuentran entre 30 y 39 años; 45.65% entre 40 y 49 años.

La Intervención Quirúrgica que se presentó con más frecuencia fue la Mastectomía Unilateral Parcial, con una frecuencia de 37 mujeres (54.7%), 22 mujeres (32.2%) recibieron Mastectomía Unilateral Radical, 6 mujeres (8.7%) fueron tratadas con Mastectomía Bilateral Parcial y 3 mujeres (4.4%) con Mastectomía Bilateral Radical. (Cuadro 23, Gráfico 23).

Los resultados obtenidos por Torres M., muestran que de las mujeres encuestadas, el 82.6% se sometió a Mastectomía Unilateral Radical, y 15.3 % a Mastectomía Unilateral Parcial, lo que contrasta con los resultados del presente estudio, en el cual el Tipo de Intervención quirúrgica predominante es la Mastectomía Unilateral Parcial.

X.- CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro No.1

Percepción de la Imagen Corporal, Tipo de Personalidad y Nivel de Autoestima en mujeres con Cáncer de Mama con tratamiento oncológico de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Nivel de Autoestima	Nivel de Autoestima Baja						SUBTOTAL		Nivel de Autoestima Regular						SUBTOTAL		Nivel de Autoestima Alta						SUBTOTAL		TOTAL	
	Tipo de Personalidad A		Tipo de Personalidad B		Tipo de Personalidad C				Tipo de Personalidad A		Tipo de Personalidad B		Tipo de Personalidad C				Tipo de Personalidad A		Tipo de Personalidad B		Tipo de Personalidad C					
	Tipo de Personalidad	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Percepción de la Imagen Corporal																										
Percepción Adecuada de la Imagen Corporal	0	-	0	-	2	2.9	2	2.9	3	4.5	8	11.7	1	1.4	12	17.6	4	5.9	2	2.9	1	1.4	7	10.2	21	30.7
Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal	2	2.9	0	-	37	54.7	39	57.6	2	2.9	6	8.8	0	-	8	11.7	0	-	0	-	0	-	0	-	47	69.3
TOTAL	2	2.9	0	-	39	57.6	41	60.5	5	7.4	14	20.5	1	1.4	20	29.3	4	5.9	2	2.9	1	1.4	7	10.2	68	100.0

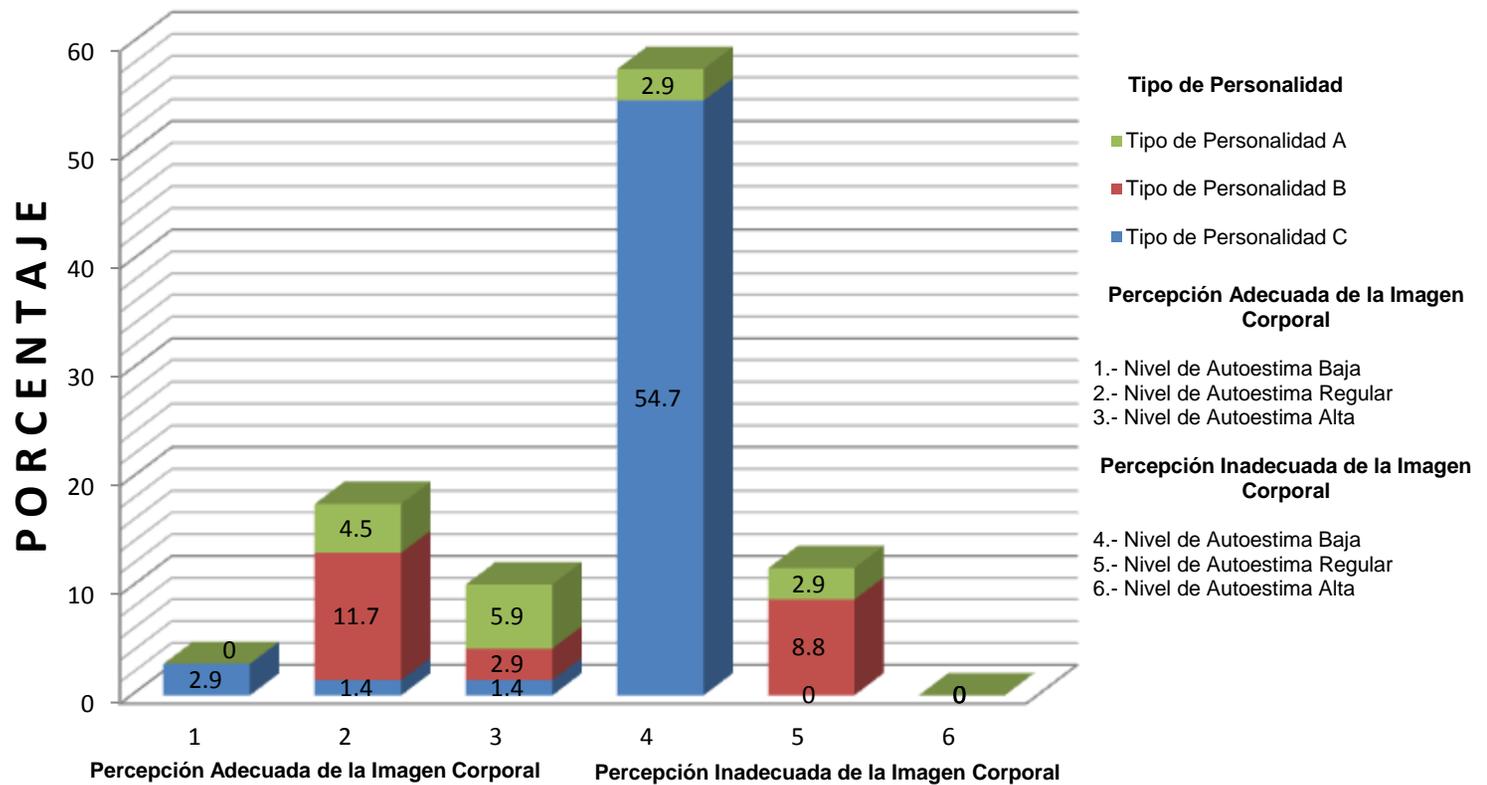
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

%: Porcentaje

Gráfico No.1

Percepción de la Imagen Corporal, Tipo de Personalidad y Nivel de Autoestima en mujeres con Cáncer de Mama con tratamiento oncológico de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro General

Cuadro No. 2

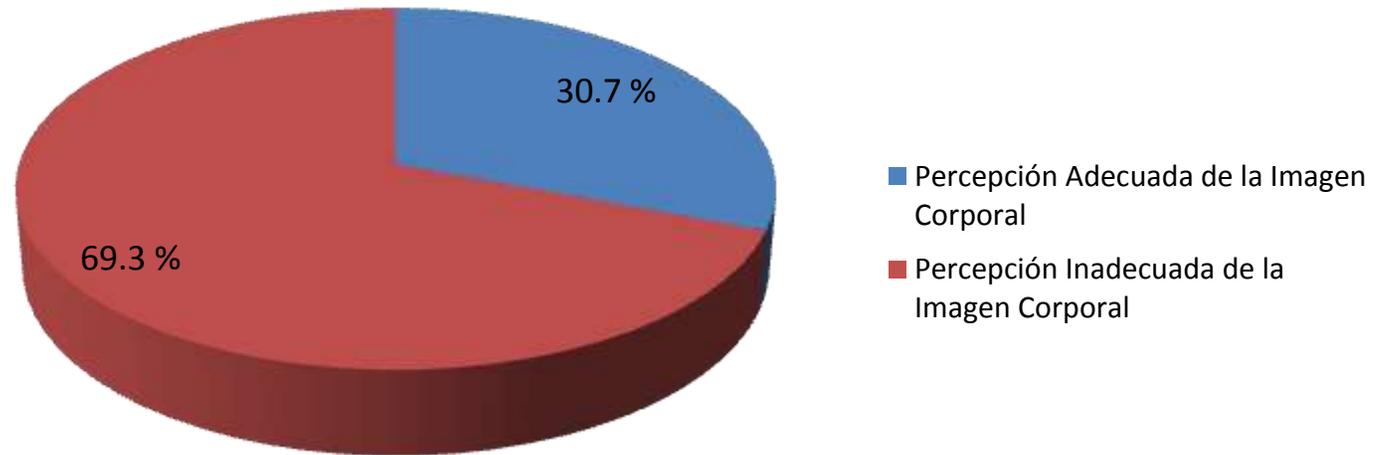
Percepción de la Imagen Corporal en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Percepción de la Imagen Corporal	Frecuencia	Porcentaje
Percepción Adecuada de la Imagen Corporal	21	30.7
Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal	47	69.3
TOTAL	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 2

Percepción de la Imagen Corporal en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No.2

Cuadro No. 3

Percepción de la Imagen Corporal por Nivel de Autoestima en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Percepción de la Imagen Corporal	Nivel de Autoestima Baja		Nivel de Autoestima Regular		Nivel de Autoestima Alta		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Percepción Adecuada de la Imagen Corporal	2	2.9	12	17.6	7	10.2	21	30.7
Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal	39	57.6	8	11.7	0	0	47	69.3
TOTAL	41	60.5	20	29.3	7	10.2	68	100.0

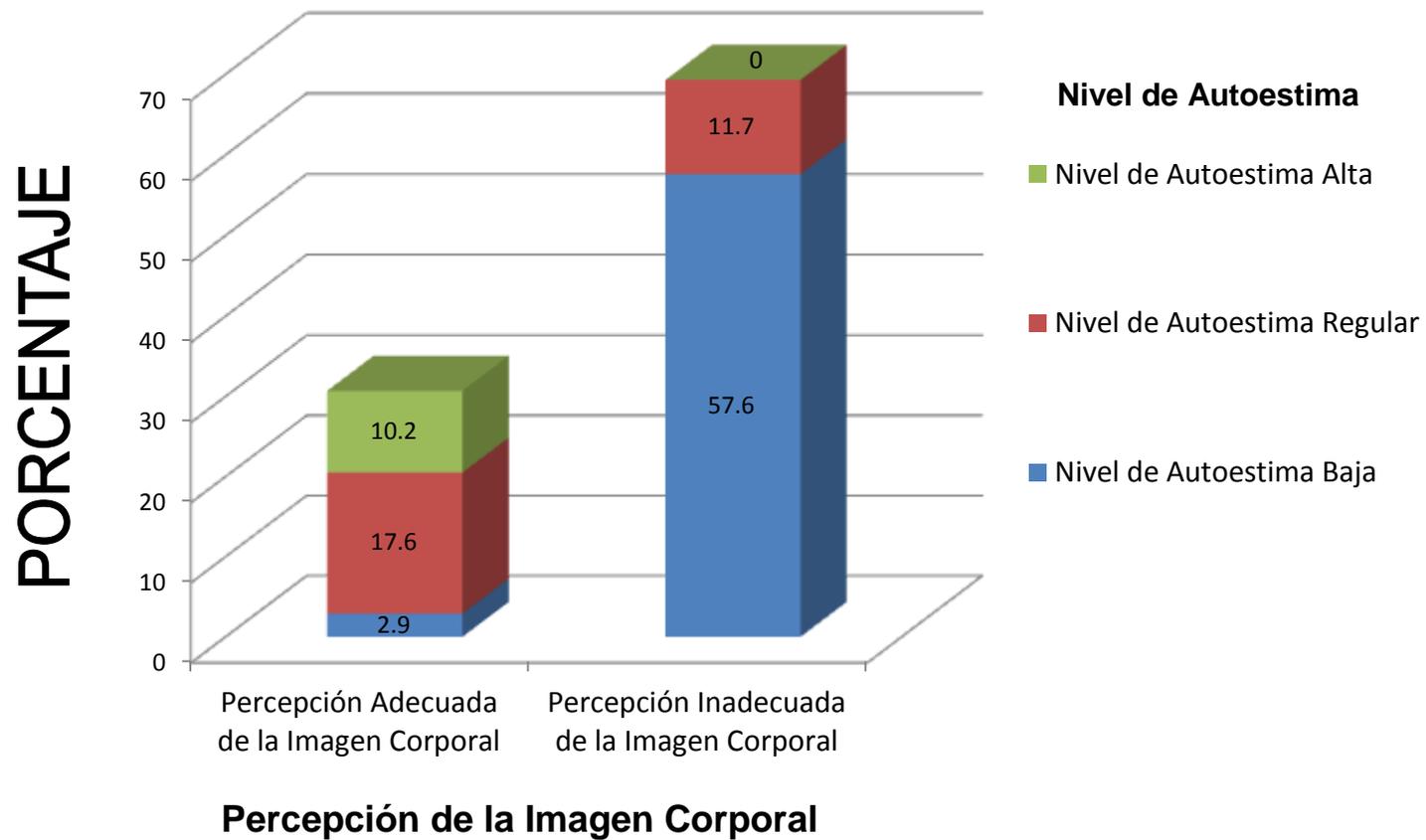
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

?: Porcentaje

Gráfico No.3

Percepción de la Imagen Corporal por Nivel de Autoestima en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 3

Cuadro No.4

Percepción de la Imagen Corporal por Tipo de Personalidad en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Tipo de Personalidad	Tipo de Personalidad A		Tipo de Personalidad B		Tipo de Personalidad C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Percepción Adecuada de la Imagen Corporal	7	10.2	10	14.7	4	5.8	21	30.7
Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal	4	5.8	6	8.8	37	54.7	47	69.3
TOTAL	11	16.0	16	23.5	41	60.5	68	100.0

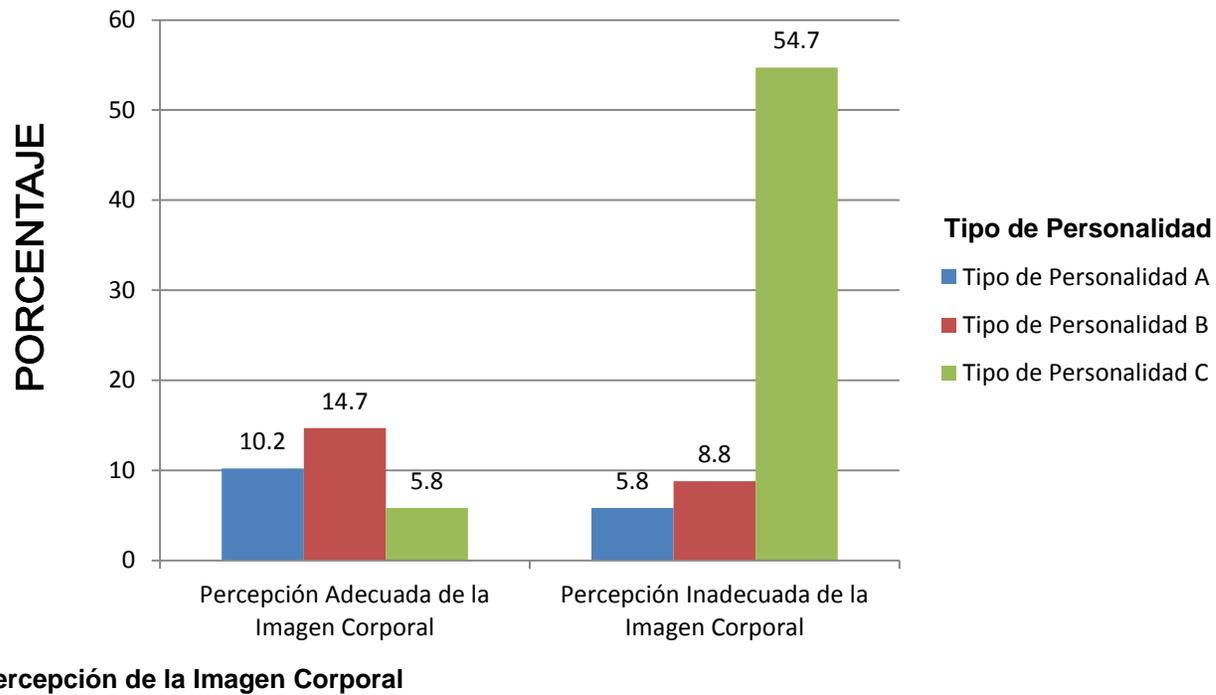
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

#: Porcentaje

Gráfico No. 4

Percepción de la Imagen Corporal por Tipo de Personalidad en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 4

Cuadro No. 5

Percepción de la Imagen Corporal por Grado de estudios en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Grado de Estudios	Analfabeta		Primaria incompleta		Primaria Completa		Secundaria incompleta		Secundaria Completa		Preparatoria Incompleta		Preparatoria Completa		Licenciatura Incompleta		Licenciatura Completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Percepción Adecuada de la Imagen Corporal	0	0	1	1.4	0	0	0	0	9	13.5	2	2.9	3	4.2	2	2.9	4	5.8	21	30.7
Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal	1	1.4	5	7.4	4	5.8	1	1.4	26	38.4	4	5.9	6	9.0	0	0	0	0	47	69.3
TOTAL	1	1.4	6	8.8	4	5.8	1	1.4	35	51.9	6	8.8	9	13.2	2	2.9	4	5.8	68	100.0

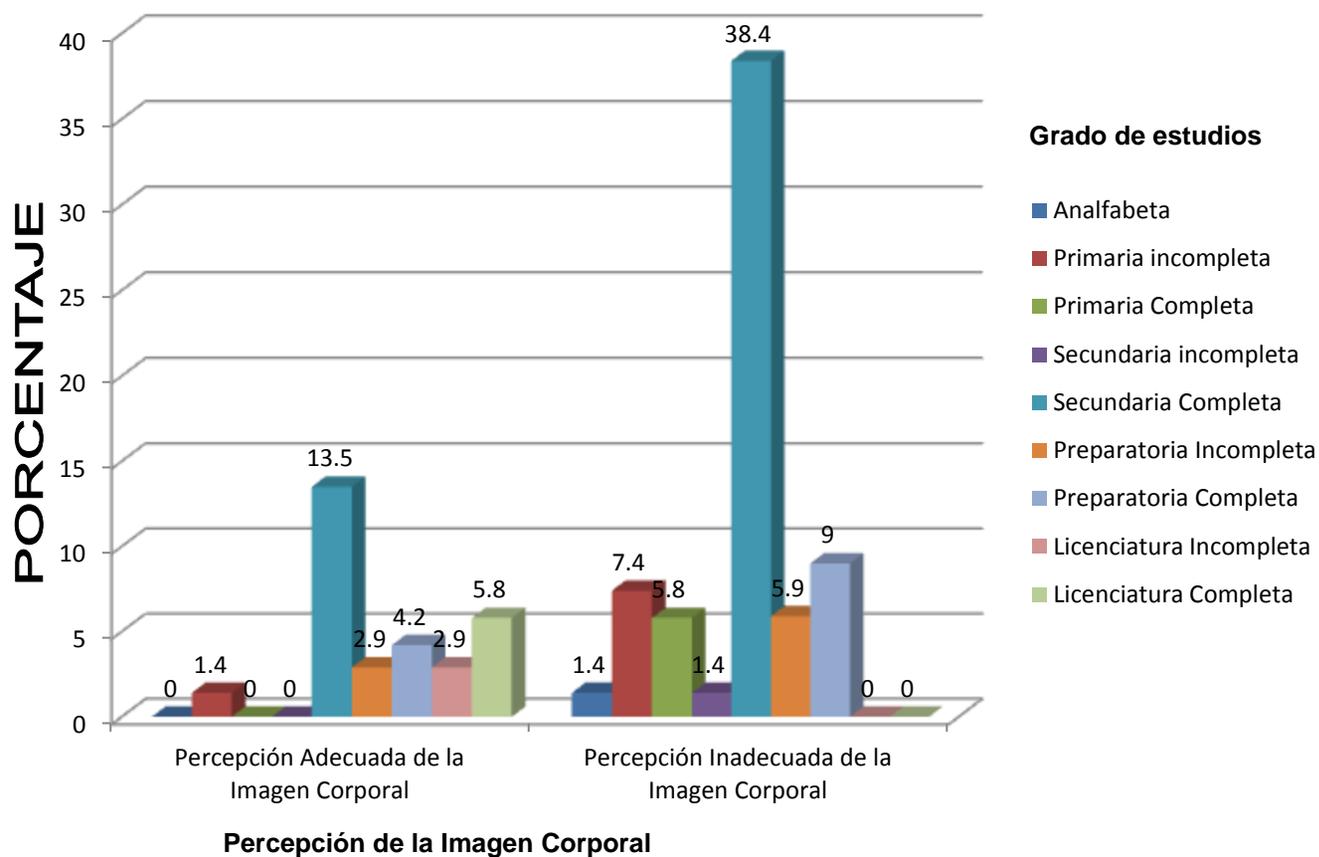
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

#: Porcentaje

Gráfico No.5

Percepción de la Imagen Corporal por Grado de estudios en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013



Fuente: Cuadro No. 5

Cuadro No. 6

Percepción de la Imagen Corporal por Grupo de Edad en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Grupo de Edad	<25 años		25 - 29 años		30 - 34 años		35 - 39 años		40 - 44 años		45 - 49 años		50 - 54 años		55 - 59 años		>60 años		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Percepción Adecuada de la Imagen Corporal	0	0	0	0	0	0	4	6.1	8	11.6	7	10.2	1	1.4	1	1.4	0	0	21	30.7
Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal	0	0	0	0	1	1.4	8	12.1	12	17.8	11	16.1	7	10.2	5	7.3	3	4.4	47	69.3
TOTAL	0	0	0	0	1	1.4	12	18.2	20	29.4	18	26.3	8	11.6	6	8.7	3	4.4	68	100.0

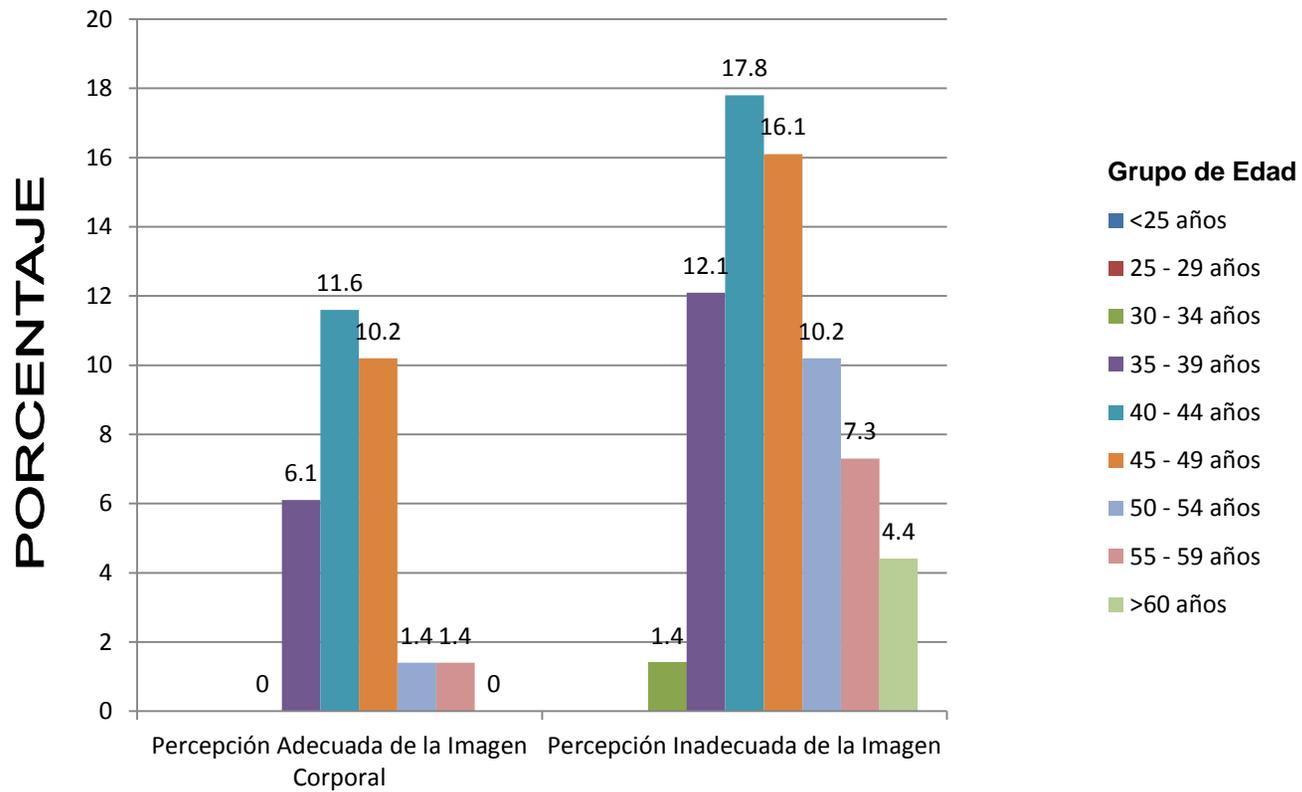
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

#: Porcentaje

Gráfico No.6

Percepción de la Imagen Corporal por Grupo de Edad en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Percepción de la Imagen Corporal

Fuente: Cuadro No. 6

Cuadro No. 7

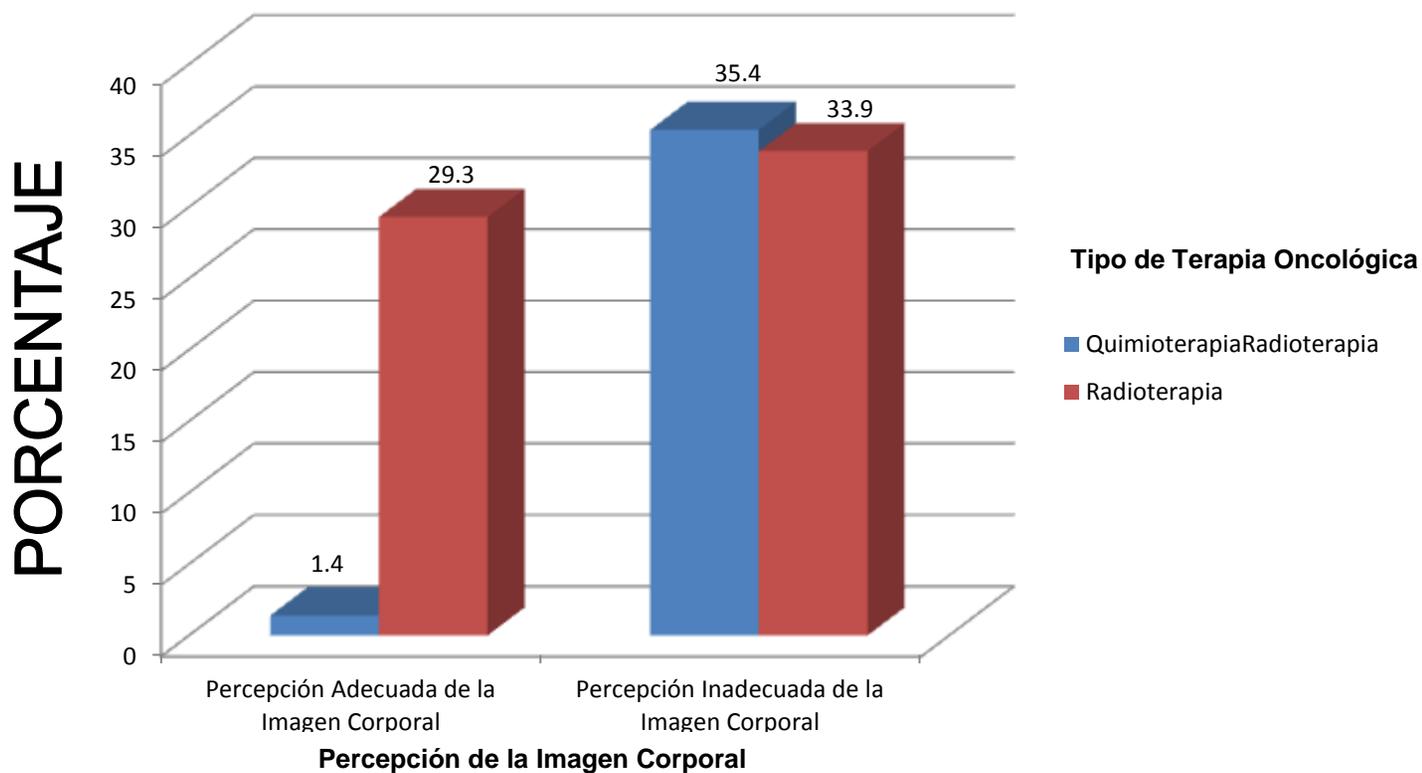
Percepción de la Imagen Corporal por Tipo de Terapia Oncológica en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Tipo de Terapia Oncológica	Quimioterapia		Radioterapia		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Percepción de la Imagen corporal						
Percepción Adecuada de la Imagen Corporal	1	1.4	20	29.3	21	30.7
Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal	24	35.4	23	33.9	47	69.3
TOTAL	25	36.8	43	63.2	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No.7

Percepción de la Imagen Corporal por Tipo de Terapia Oncológica en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 7

Cuadro No. 8

Percepción de la Imagen Corporal por Tipo de Intervención Quirúrgica en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Tipo de Intervención Quirúrgica	Mastectomía Unilateral Parcial		Mastectomía Unilateral Radical		Mastectomía Bilateral Parcial		Mastectomía Bilateral Radical		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Percepción de la Imagen Corporal										
Percepción Adecuada de la Imagen Corporal	8	11.7	11	16.1	2	2.9	0	0	21	30.7
Percepción Inadecuada de la Imagen Corporal	29	43.0	11	16.1	4	5.8	3	4.4	47	69.3
TOTAL	37	54.7	22	32.2	6	8.7	3	4.4	68	100.0

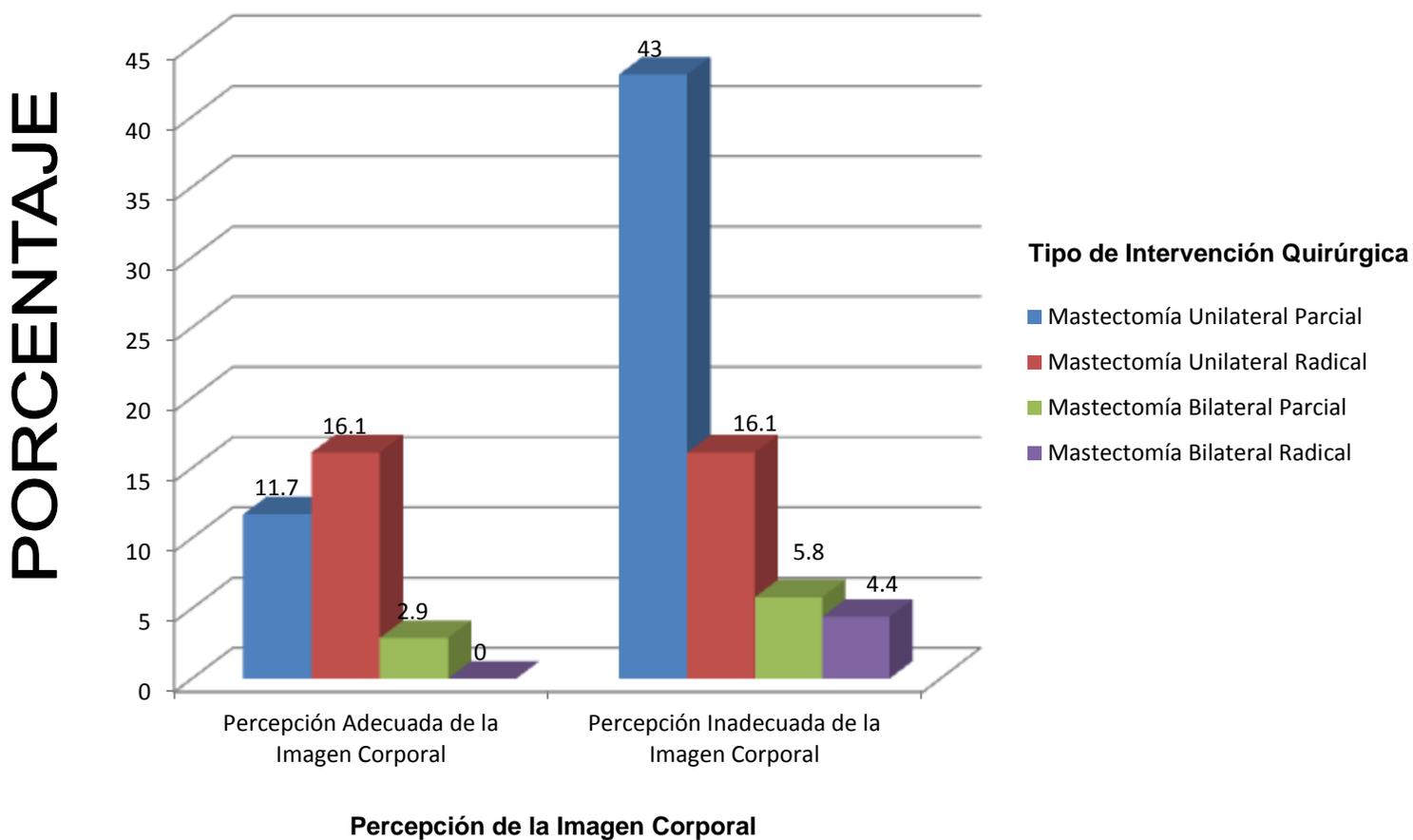
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

#: Porcentaje

Gráfico No.8

Percepción de la Imagen Corporal por Tipo de Intervención Quirúrgica en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 8

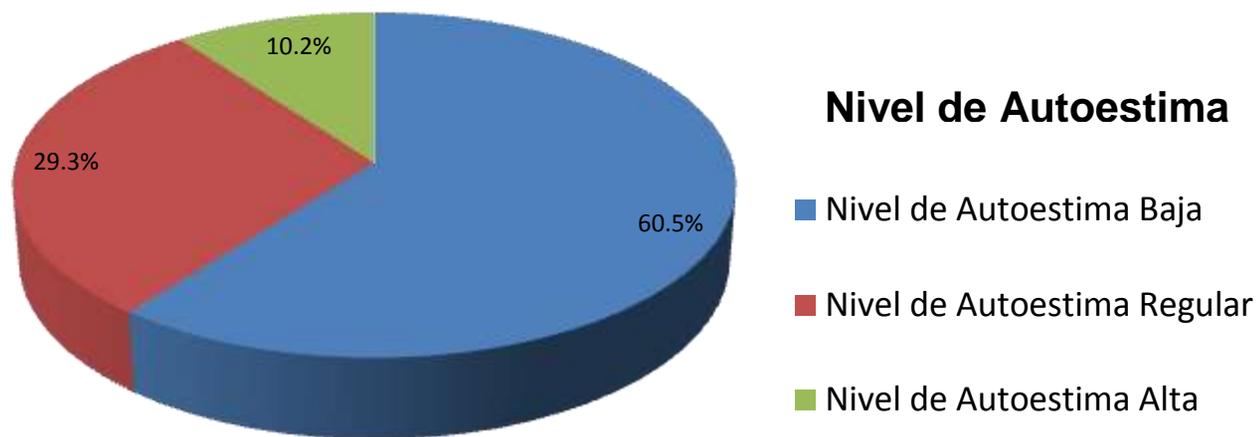
Cuadro No. 9

Nivel de Autoestima en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Nivel de Autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Autoestima Baja	41	60.5
Nivel de Autoestima Regular	20	29.3
Nivel de Autoestima Alta	7	10.2
TOTAL	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 9
Nivel de Autoestima en mujeres con Cáncer de mama de la
Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013



Fuente: Cuadro No. 9

Cuadro No.10

Nivel de Autoestima por Tipo de Personalidad en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Tipo de Personalidad \ Nivel de Autoestima	Tipo de Personalidad A		Tipo de Personalidad B		Tipo de Personalidad C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Nivel de Autoestima Baja	2	3.0	0	0	39	57.5	41	60.5
Nivel de Autoestima Regular	5	7.2	14	20.6	1	1.5	20	29.3
Nivel de Autoestima Alta	4	5.8	2	2.9	1	1.5	7	10.2
TOTAL	11	16.0	16	23.5	41	60.5	68	100.0

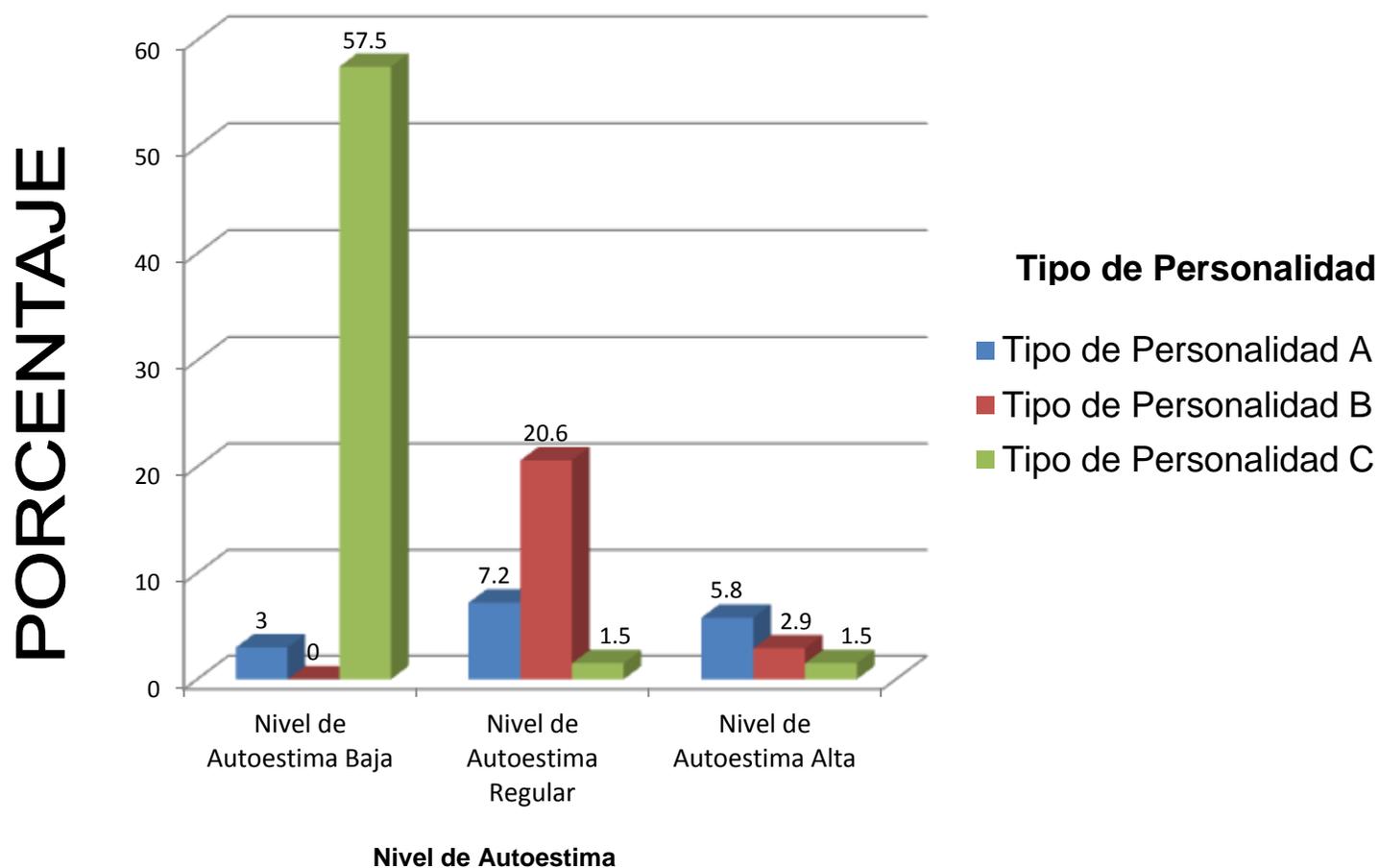
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

?: Porcentaje

Gráfico No. 10

Nivel de Autoestima por Tipo de Personalidad en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 10

Cuadro No. 11

Nivel de Autoestima por Grado de Estudios en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Grado de Estudios	Analfabeta		Primaria incompleta		Primaria Completa		Secundaria incompleta		Secundaria Completa		Preparatoria Incompleta		Preparatoria Completa		Licenciatura Incompleta		Licenciatura Completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Nivel de Autoestima Baja	1	1.4	5	7.4	4	5.8	1	1.4	21	31.5	5	7.4	4	5.6	0	0	0	0	41	60.5
Nivel de Autoestima Regular	0	0	1	1.4	0	0	0	0	14	20.4	0	0	4	6.2	0	0	1	1.4	20	29.3
Nivel de Autoestima Alta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.4	1	1.4	2	2.9	3	4.5	7	10.2
TOTAL	1	1.4	6	8.8	4	5.8	1	1.4	35	51.9	6	8.8	9	13.2	2	2.9	4	5.9	68	100.0

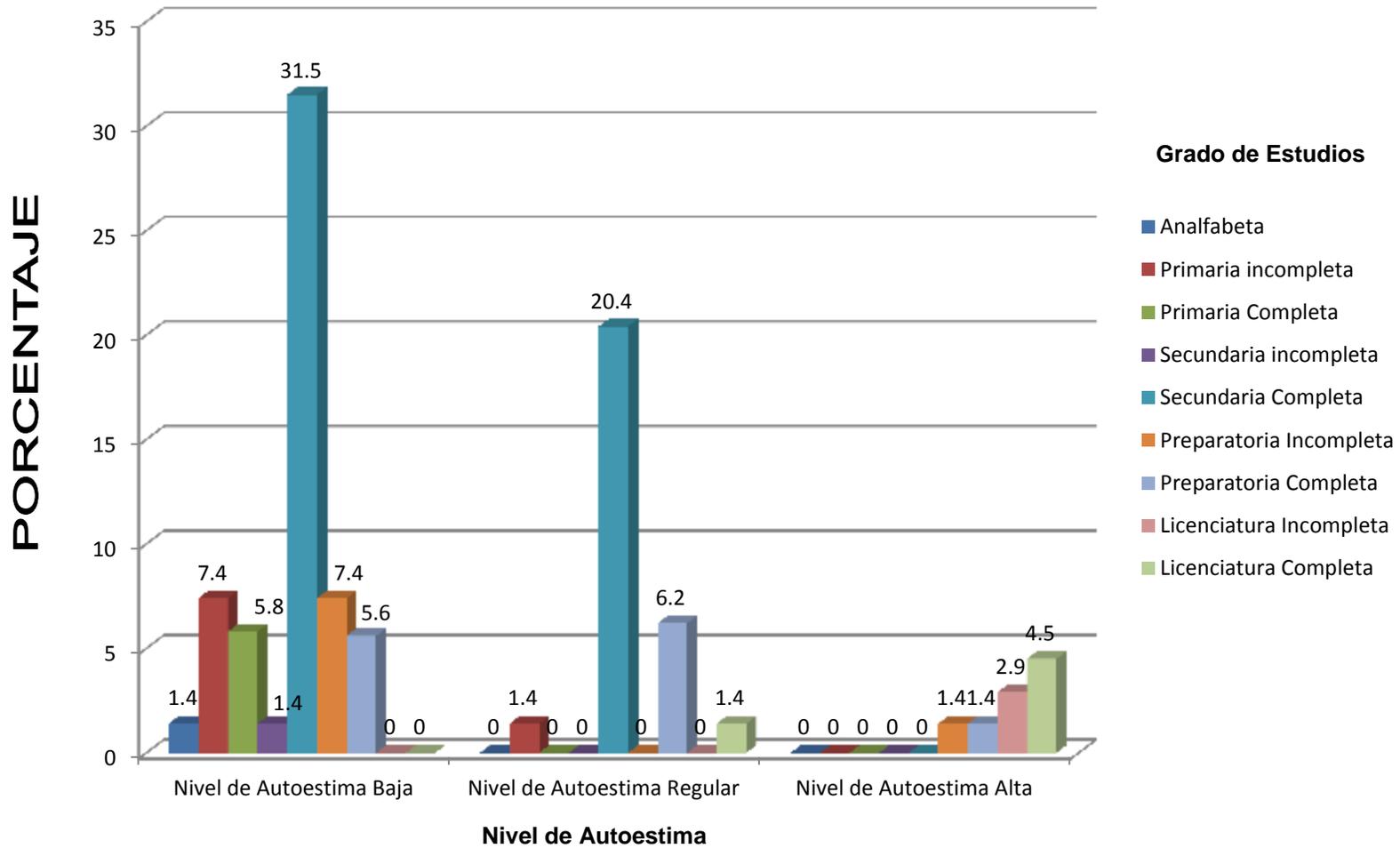
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

?: Porcentaje

Gráfico No 11

Nivel de Autoestima por Grado de Estudios en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 11

Cuadro No. 12

Nivel de Autoestima por Grupo de Edad en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Grupo de Edad Nivel de Autoestima	<25 años		25 - 29 años		30 - 34 años		35 - 39 años		40 - 44 años		45 - 49 años		50 - 54 años		55 - 59 años		>60 años		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Nivel de Autoestima Baja	0	0	0	0	1	1.4	7	10.8	9	13.2	9	13.2	6	8.8	6	8.7	3	4.4	41	60.5
Nivel de Autoestima Regular	0	0	0	0	0	0	3	4.5	7	10.3	8	11.7	2	2.8	0	0	0	0	20	29.3
Nivel de Autoestima Alta	0	0	0	0	0	0	2	2.9	4	5.9	1	1.4	0	0	0	0	0	0	7	10.2
TOTAL	0	0	0	0	1	1.4	12	18.2	20	29.4	18	26.3	8	11.6	6	8.7	3	4.4	68	100.0

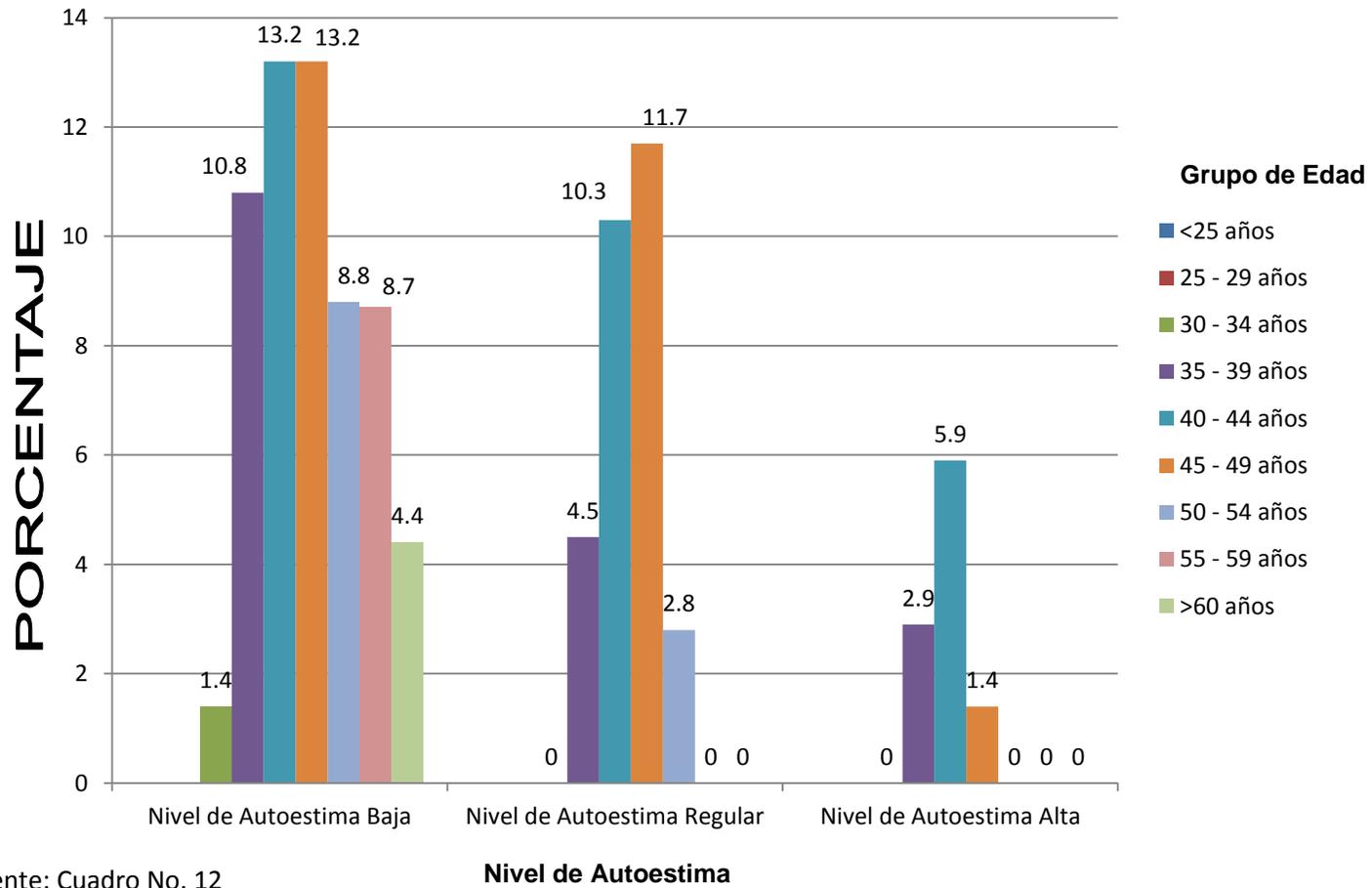
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

?: Porcentaje

Gráfico No. 12

Nivel de Autoestima por Grupo de Edad en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 12

Cuadro No.13

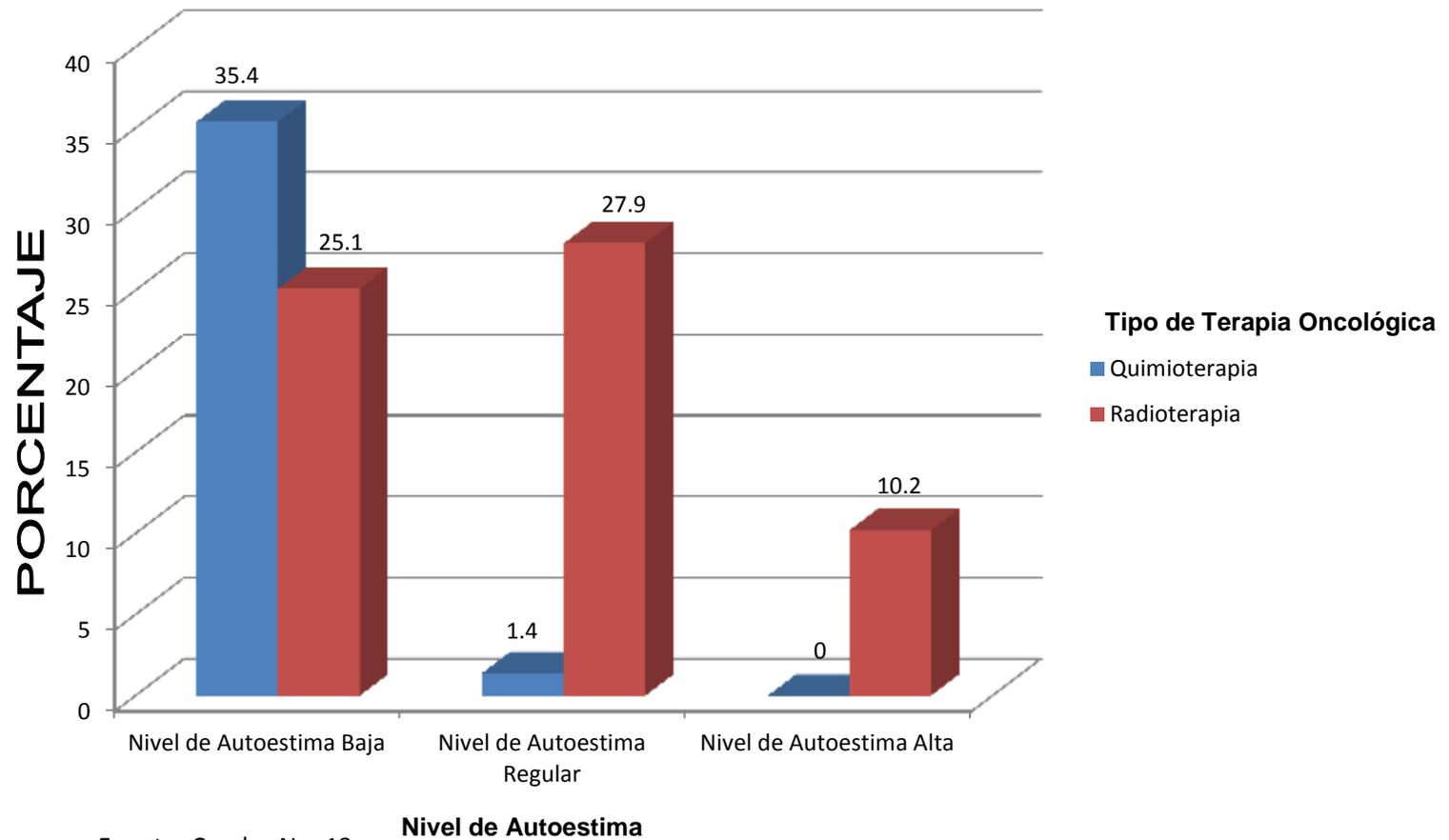
Nivel de Autoestima por Tipo de Terapia Oncológica en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Tipo de Terapia Oncológica Nivel de Autoestima	Quimioterapia		Radioterapia		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Autoestima Baja	24	35.4	17	25.1	41	60.3
Nivel de Autoestima Regular	1	1.4	19	27.9	20	29.3
Nivel de Autoestima Alta	0	0	7	10.2	7	10.2
TOTAL	25	36.8	43	63.2	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 13

Nivel de Autoestima por Tipo de Terapia Oncológica en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 13

Cuadro No. 14

Nivel de Autoestima por Tipo de Intervención Quirúrgica en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Tipo de Intervención Quirúrgica Nivel de Autoestima	Mastectomía Unilateral Parcial		Mastectomía Unilateral Radical		Mastectomía Bilateral Parcial		Mastectomía Bilateral Radical		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Nivel de Autoestima Baja	30	43.7	6	9.4	3	4.4	2	3.0	41	60.5
Nivel de Autoestima Regular	6	9.6	11	15.4	2	2.9	1	1.4	20	29.3
Nivel de Autoestima Alta	1	1.4	5	7.4	1	1.4	0	0	7	10.2
TOTAL	37	54.7	22	32.2	6	8.7	3	4.4	68	100.0

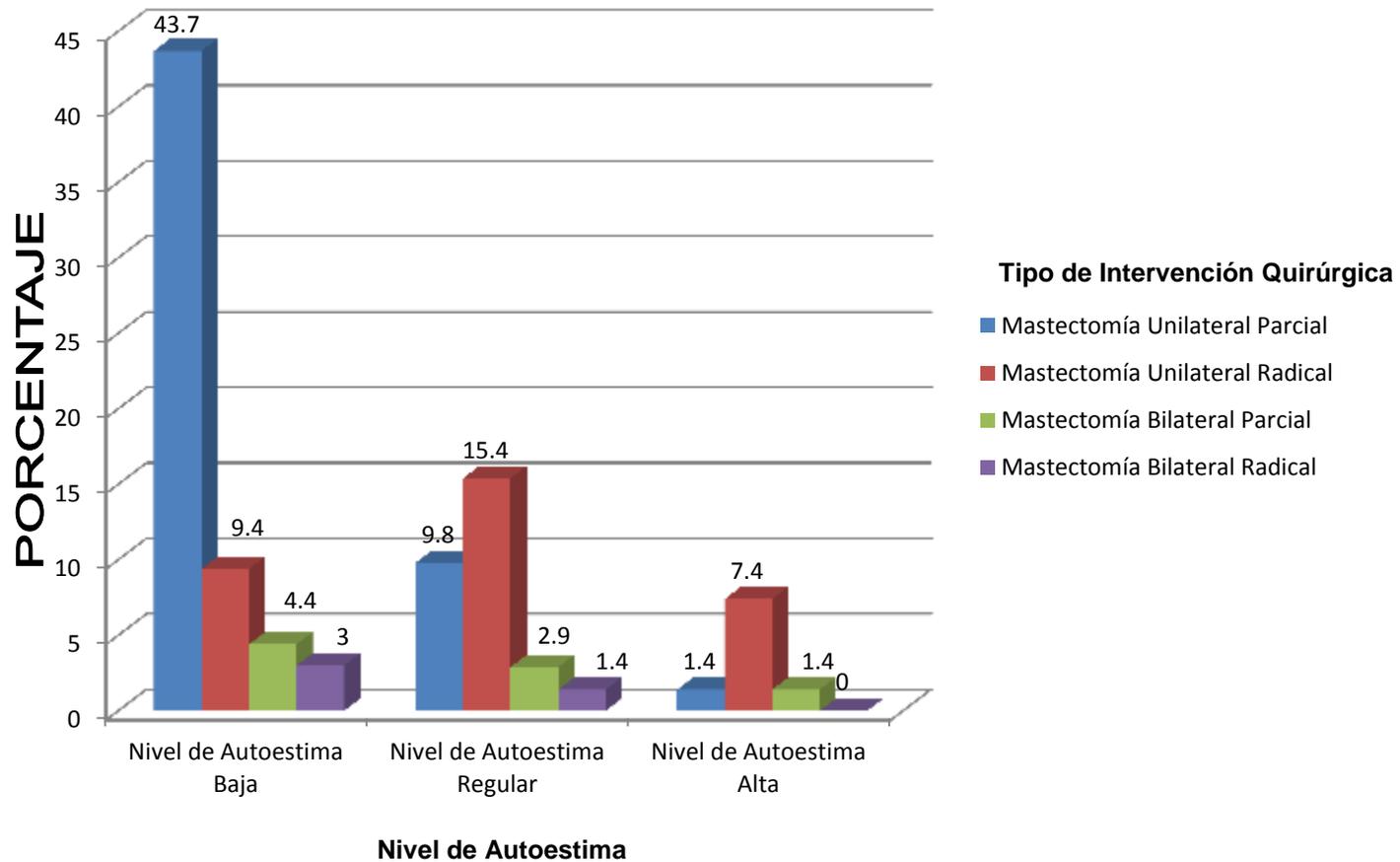
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

#: Porcentaje

Gráfico No. 14

Nivel de Autoestima por Tipo de Intervención Quirúrgica en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013



Fuente: Cuadro No. 14

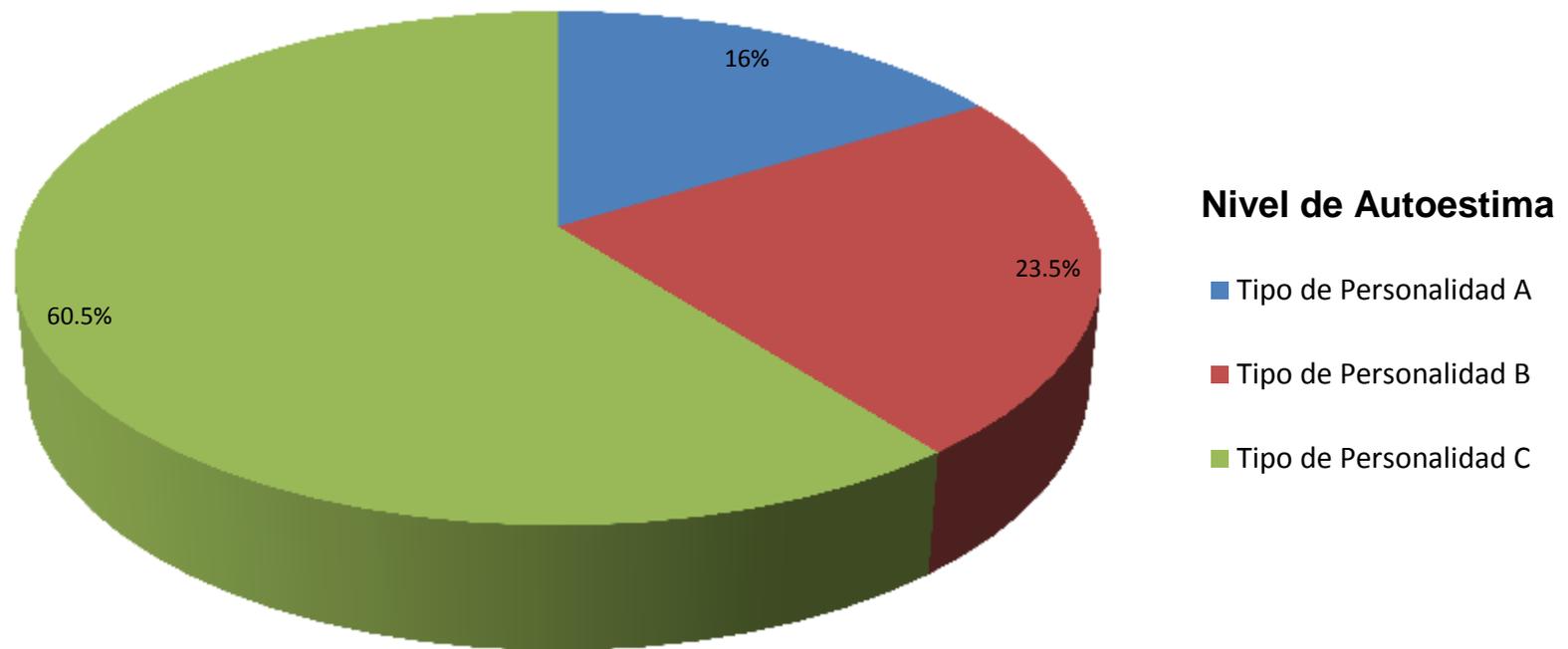
Cuadro No. 15

Tipo de Personalidad en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Tipo de Personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Personalidad A	11	16.0
Tipo de Personalidad B	16	23.5
Tipo de Personalidad C	41	60.5
TOTAL	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Grafico No. 15
Tipo de Personalidad en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción
Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 15

Cuadro No. 16

Tipo de Personalidad por Grado de Estudios en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Grado de Estudios \ Tipo de Personalidad	Analfabeta		Primaria Incompleta		Primaria Completa		Secundaria Incompleta		Secundaria Completa		Preparatoria Incompleta		Preparatoria Completa		Licenciatura Incompleta		Licenciatura Completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tipo de Personalidad A	0	-	0	-	0	-	0	-	6	8.7	0	-	1	1.4	1	1.5	3	4.4	11	16.0
Tipo de Personalidad B	0	-	1	1.4	0	-	0	-	9	13.6	1	1.4	3	4.3	1	1.4	1	1.4	16	23.5
Tipo de Personalidad C	1	1.4	5	7.4	4	5.8	1	1.4	20	29.6	5	7.4	5	7.5	0	-	0	-	41	60.5
TOTAL	1	1.4	6	8.8	4	5.8	1	1.4	35	51.9	6	8.8	9	13.2	2	2.9	4	5.8	68	100.0

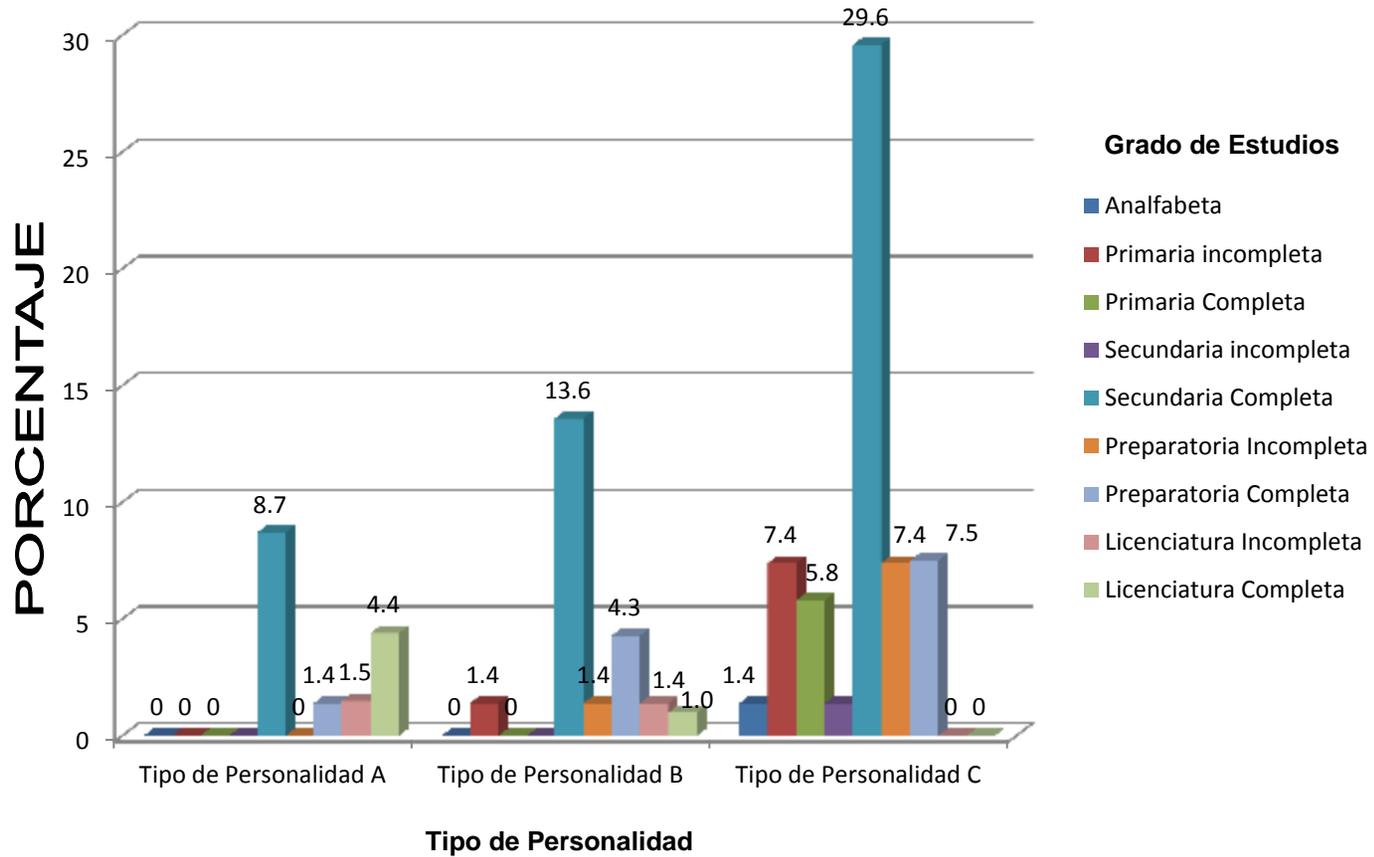
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

#: Porcentaje

Gráfico No.16

Tipo de Personalidad por Grado de Estudios en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 16

Cuadro No. 17

Tipo de Personalidad por Grupo de Edad en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Grupo de Edad Tipo de Personalidad	<25 años		25 - 29 años		30 - 34 años		35 - 39 años		40 - 44 años		45 - 49 años		50 - 54 años		55 - 59 años		>60 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tipo de Personalidad A	0	-	0	-	0	-	1	1.4	6	9.2	3	4.0	1	1.4	0	-	0	-	11	16.0
Tipo de Personalidad B	0	-	0	-	0	-	4	6.1	5	7.6	6	8.4	1	1.4	0	-	0	-	16	23.5
Tipo de Personalidad C	0	-	0	-	1	1.4	7	10.7	9	12.6	9	13.9	6	8.8	6	8.7	3	4.4	41	60.5
TOTAL	0	-	0	-	1	1.4	12	18.2	20	29.4	18	26.3	8	11.6	6	8.7	3	4.4	68	100.0

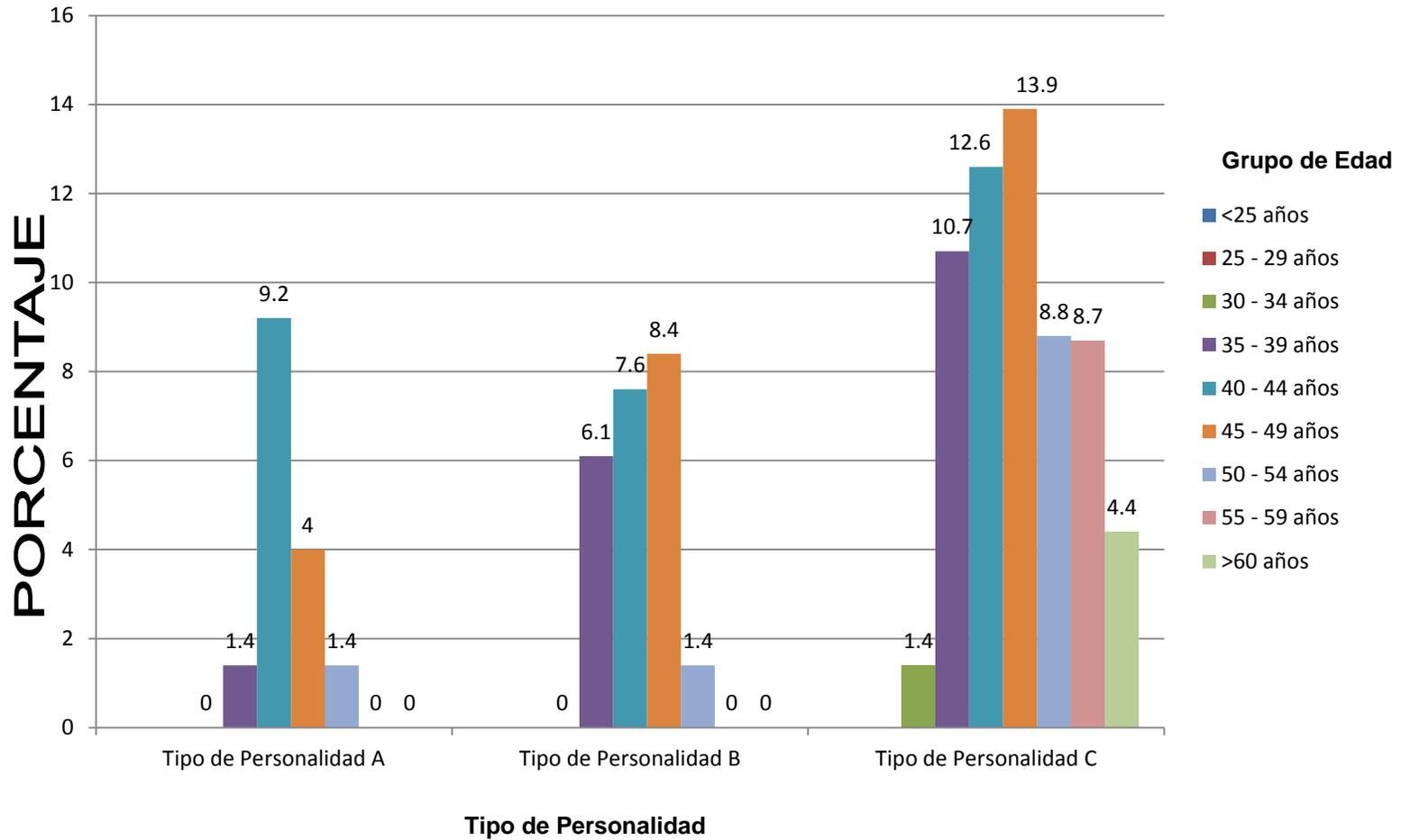
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

#: Porcentaje

Gráfico No.17

Tipo de Personalidad por Grupo de Edad en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 – 2013.



Fuente: Cuadro No. 17

Cuadro No. 18

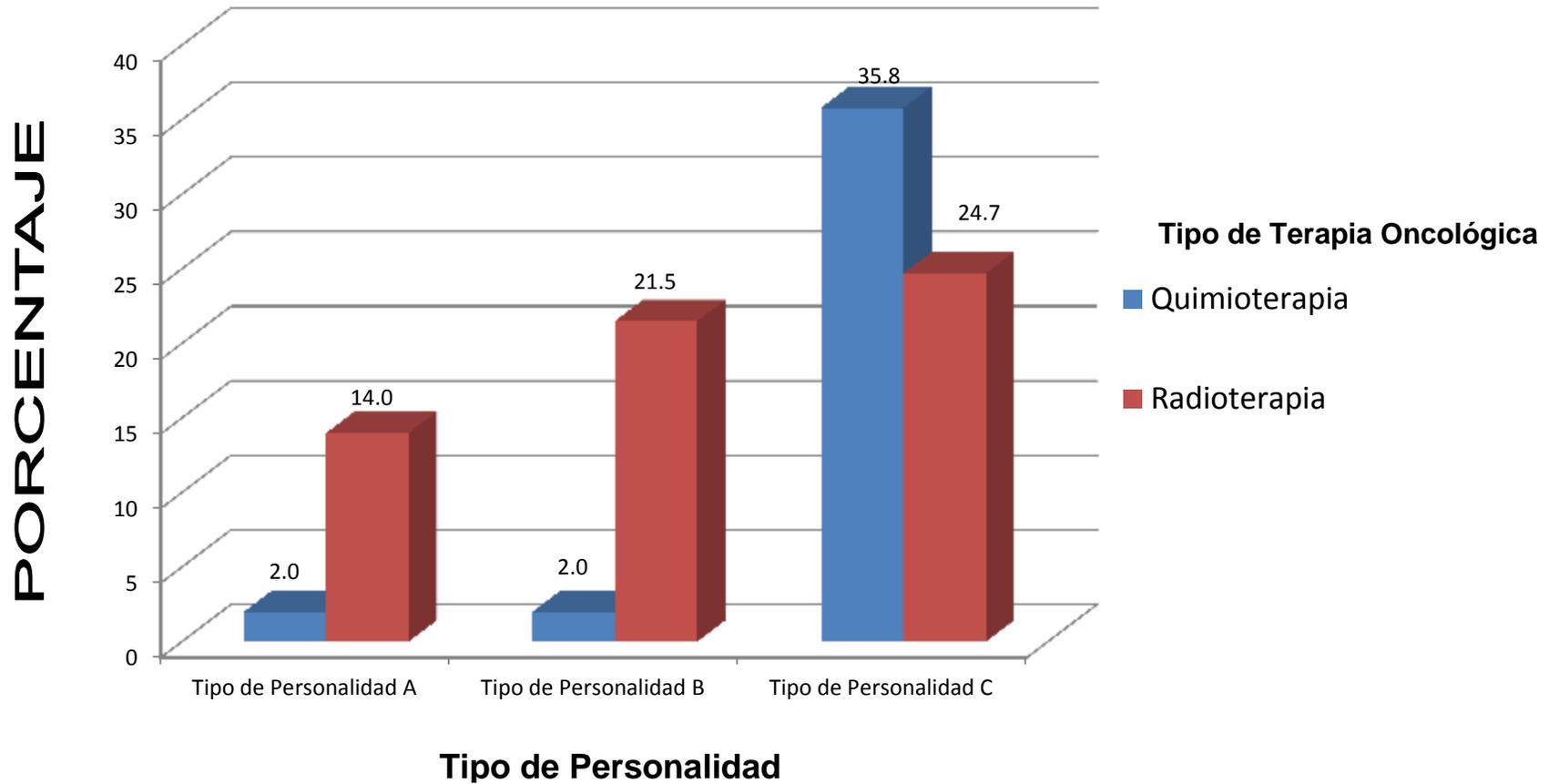
Tipo de Personalidad por Tipo de Terapia Oncológica en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Tipo de Terapia Oncológica / Tipo de Personalidad	Quimioterapia		Radioterapia		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Personalidad A	1	2.0	10	14.0	11	16.0
Tipo de Personalidad B	1	2.0	15	21.5	16	23.5
Tipo de Personalidad C	23	35.8	18	24.7	41	60.5
TOTAL	25	39.8	43	60.2	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 18

Tipo de Personalidad por Tipo de Terapia Oncológica en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 18

Cuadro No. 19

Tipo de Personalidad por Tipo de Intervención Quirúrgica en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Tipo de Intervención Quirúrgica Tipo de Personalidad	Mastectomía Unilateral Parcial		Mastectomía Unilateral Radical		Mastectomía Bilateral Parcial		Mastectomía Bilateral Radical		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tipo de Personalidad A	4	6.2	7	9.8	0	-	0	0	11	16.0
Tipo de Personalidad B	4	6.2	8	10.8	3	4.7	1	1.8	16	23.5
Tipo de Personalidad C	29	44.9	7	9.8	3	4.7	2	2.8	41	62.2
TOTAL	37	57.3	22	28.7	6	9.4	3	4.6	68	100.0

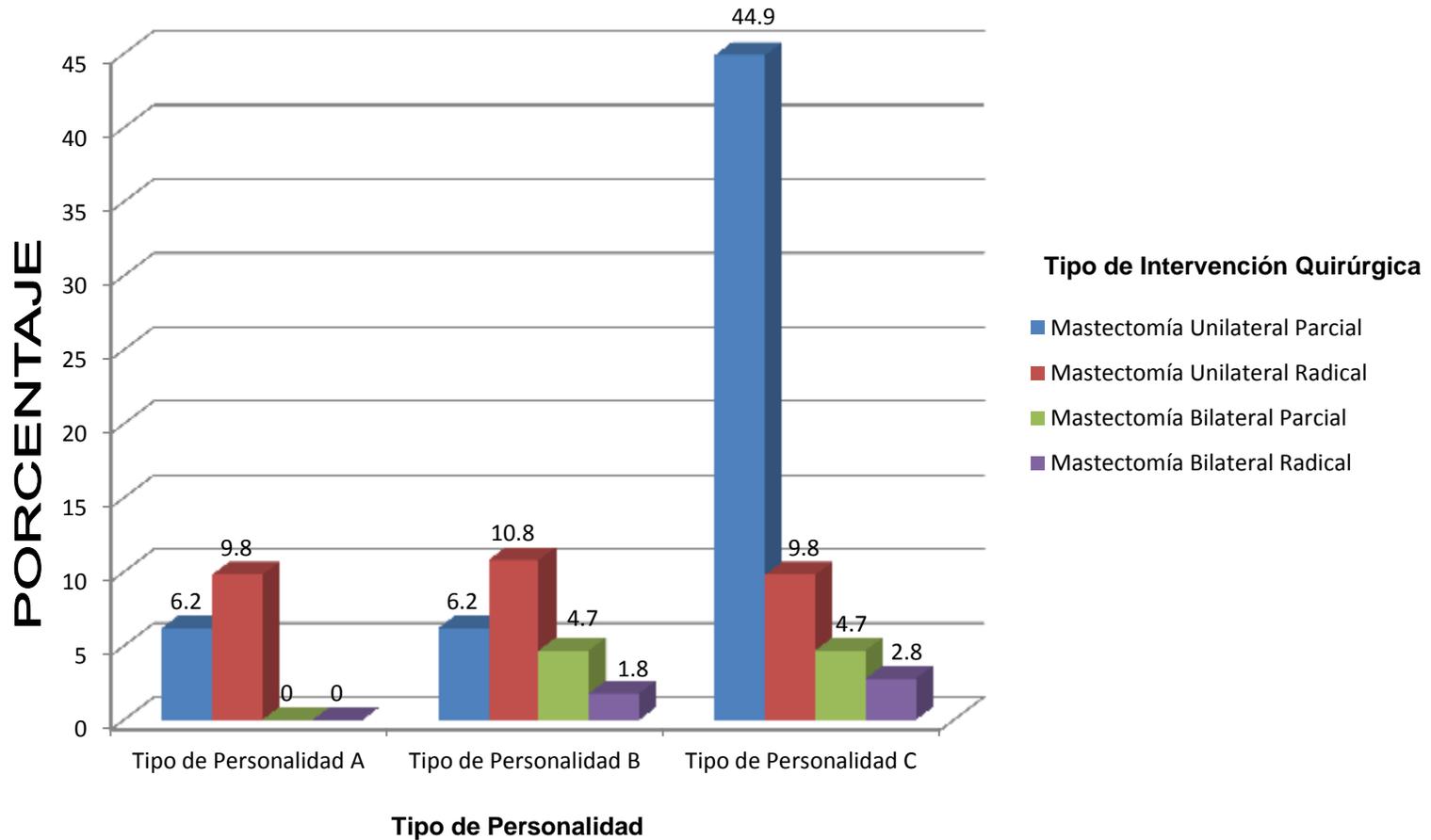
Fuente: Concentrado de datos

F: Frecuencia

#: Porcentaje

Gráfico No. 19

Tipo de Personalidad por Tipo de Intervención Quirúrgica en mujeres con Cáncer de Mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 19

Cuadro No. 20

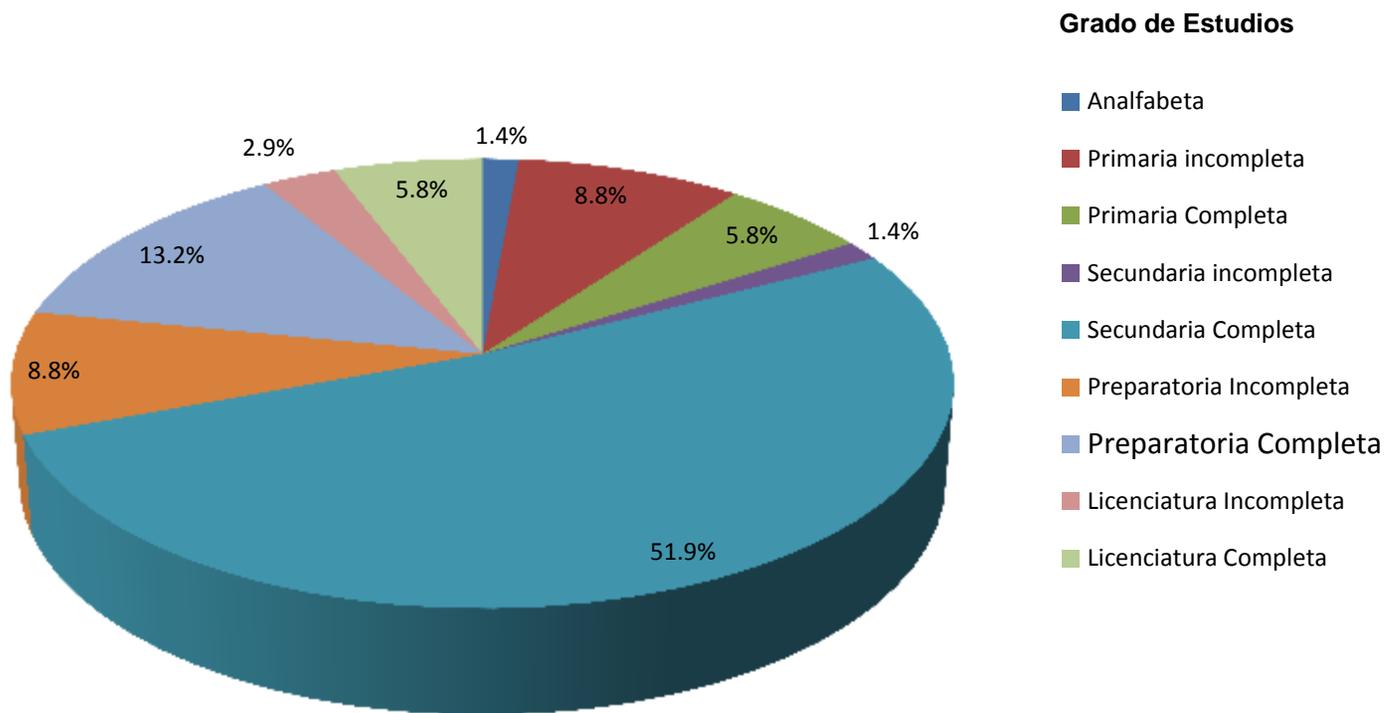
Grado de Estudios en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Grado de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	1.4
Primaria incompleta	6	8.8
Primaria Completa	4	5.8
Secundaria incompleta	1	1.4
Secundaria Completa	35	51.9
Preparatoria Incompleta	6	8.8
Preparatoria Completa	9	13.2
Licenciatura Incompleta	2	2.9
Licenciatura Completa	4	5.8
TOTAL	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 20

**Grado de Estudios en mujeres con Cáncer de mama de la
Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.**



Fuente: Cuadro No. 20

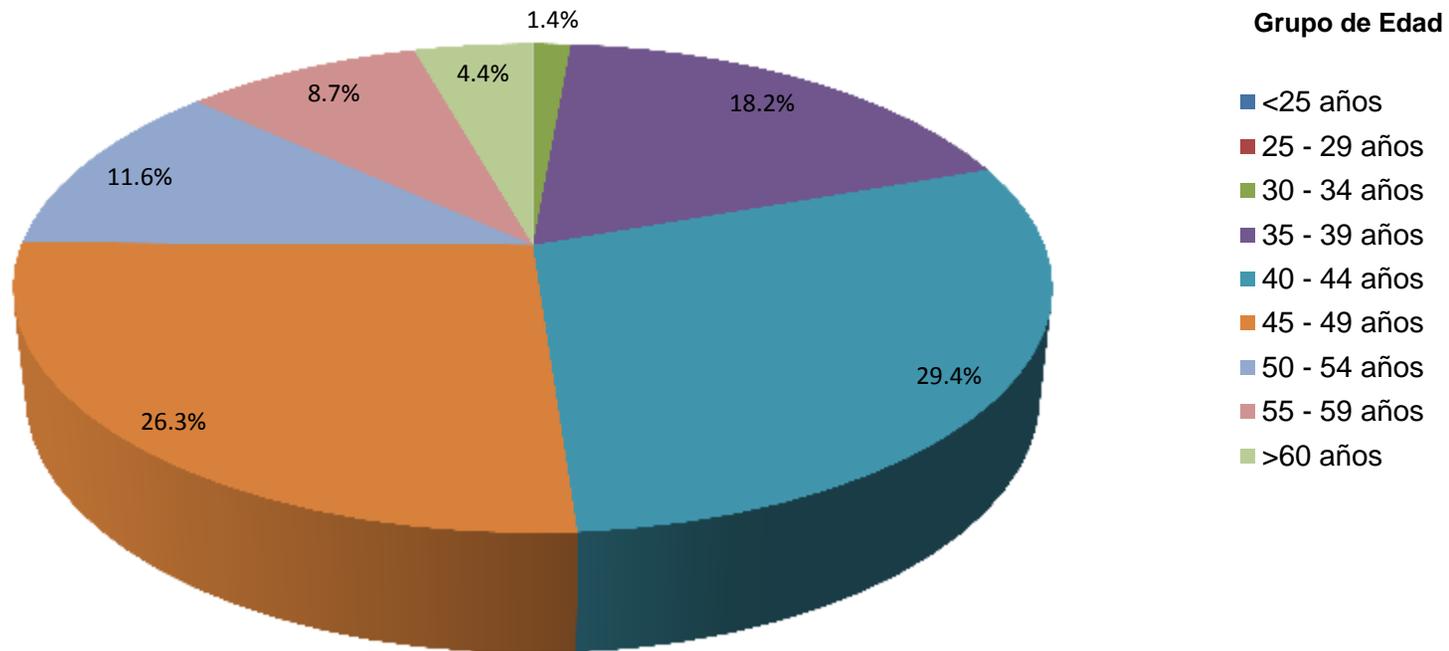
Cuadro No.21

Grupo de Edad en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 – 2013.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
<25 años	0	0
25 - 29 años	0	0
30 - 34 años	1	1.4
35 - 39 años	12	18.2
40 - 44 años	20	29.4
45 - 49 años	18	26.3
50 - 54 años	8	11.6
55 - 59 años	6	8.7
>60 años	3	4.4
Total	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 21
Grupo de Edad en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán
de Zaragoza, 2012 - 2013.



Fuente: Cuadro No. 21

Cuadro No.22

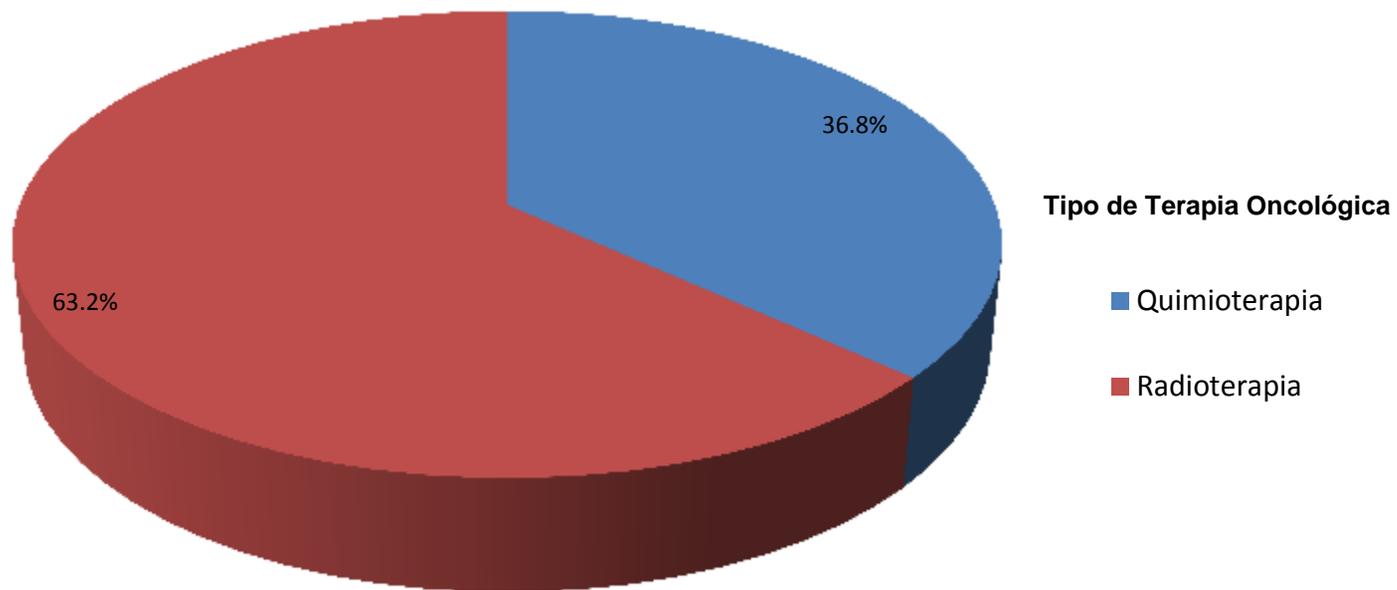
**Tipo de Terapia Oncológica en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza
2012 - 2013.**

Tipo de Terapia Oncológica	Frecuencia	Porcentaje
Quimioterapia	25	36.8
Radioterapia	43	63.2
Total	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 22

**Tipo de Terapia Oncológica en mujeres con Cáncer de mama de la
Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza 2012 - 2013.**



Fuente: Cuadro No. 22

Cuadro No. 23

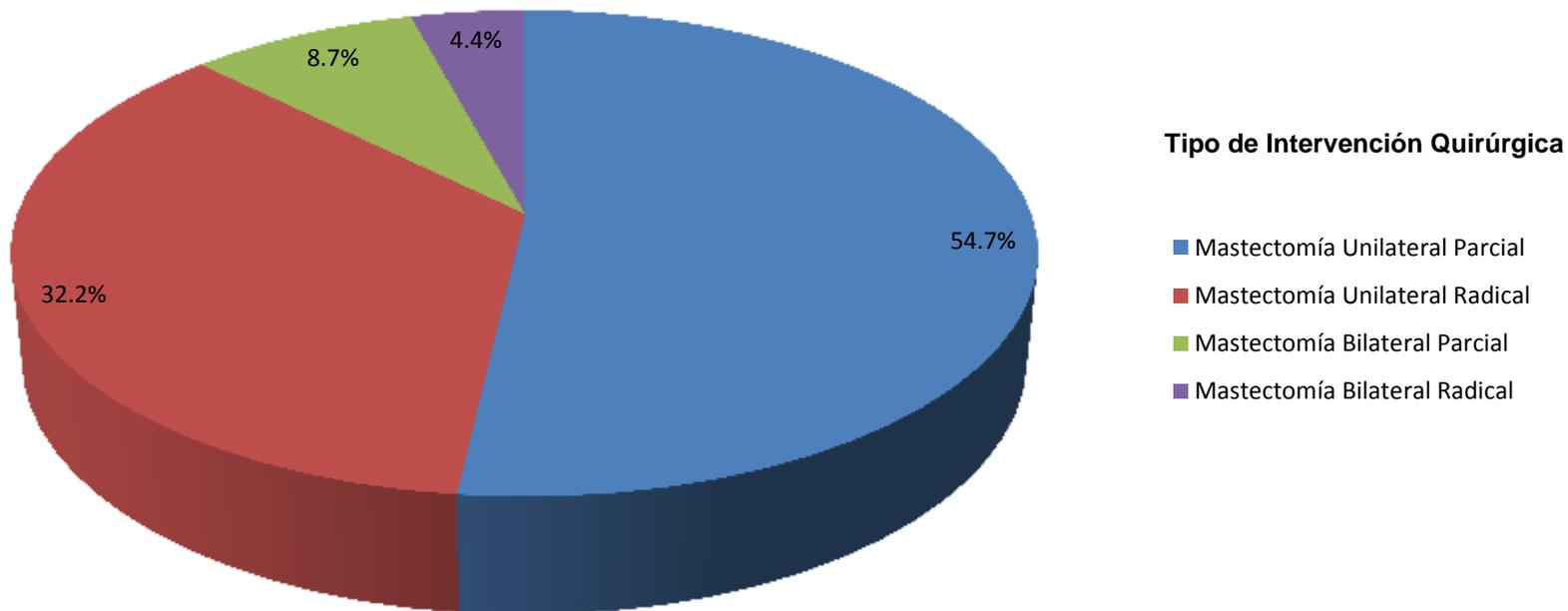
Tipo de Intervención Quirúrgica en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 - 2013.

Tipo de Intervención Quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Mastectomía Unilateral Parcial	37	54.7
Mastectomía Unilateral Radical	22	32.2
Mastectomía Bilateral Parcial	6	8.7
Mastectomía Bilateral Radical	3	4.4
Total	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 23

Tipo de Intervención Quirúrgica en mujeres con Cáncer de mama de la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, 2012 -2013.



Fuente: Cuadro No. 23

XI.- CONCLUSIONES

Con este trabajo de investigación se puede concluir que el Cáncer de mama en mujeres es un diagnóstico que tiene el potencial de causar un enorme efecto sobre el Nivel de Autoestima de éstas y también modificar la Percepción de la Imagen Corporal que tienen de sí mismas.

Se cuenta con poca investigación relacionada con el Tipo de Personalidad, específicamente en mujeres con Cáncer de mama, ya que lo encontrado muestra como principal variable independiente en esta población al Nivel de Autoestima en las mujeres con Cáncer de mama, por otra parte la Percepción de la Imagen Corporal se ha estudiado en otras poblaciones o con otra patología, pero escasos son los estudios donde se valora específicamente la Percepción de la Imagen Corporal en mujeres con Cáncer de mama.

El hecho de que en los resultados se reporte un 60.5% de mujeres con Tipo de Personalidad C, revela que las mujeres con Cáncer de mama presentan un patrón caracterizado principalmente por intentar ponerse en el lugar de los otros y entenderlos, a pesar de sentir emociones negativas originadas por los mismos.

Además, en esta muestra se reporta, un patrón comportamental caracterizado por ocultar o disimular emociones socialmente negativas como la ira o la tristeza. Lo anterior se refleja en aquellas que comúnmente intentan disimular su emoción negativa manteniendo la compostura y una expresión agradable hacia los demás, incluso cuando están experimentando una pena o preocupación y también cuando se encuentran enojadas por alguna situación que las afecte.

Durante todo el proceso de este estudio se confirma el hecho de que un factor psicológico como el Tipo de Personalidad C tiene una participación directa o indirecta, en el desarrollo del Cáncer.

Se considera necesario ampliar el tamaño de la muestra para conocer el comportamiento de la variable en una muestra más grande, también es conveniente la realización de este estudio en forma longitudinal para poder contrastar los resultados de las 3 variables a través del curso de la enfermedad.

Por último, se puede concluir también, que estos datos son de utilidad para la práctica médica, ya que permiten mejorar la relación médico - paciente y así inferir en la mejoría del Nivel de Autoestima y Percepción de la Imagen Corporal.

XII.- RECOMENDACIONES

Una vez analizados cada uno de los cuadros, presentados los resultados y contrastados con otros artículos de reciente publicación respecto a la Percepción de la Imagen Corporal, Nivel de Autoestima y Tipo de Personalidad en mujeres con Cáncer de mama, se pueden emitir las siguientes recomendaciones.

Desarrollar estrategias de prevención primaria de la salud tanto para las personas sanas que poseen personalidad tipo C, evitando que desarrollen este tipo de enfermedad; como para las personas que ya la poseen y, que en consecuencia, pueden presentar otro tipo de enfermedades crónicas o trastornos emocionales, derivados de las propias características de personalidad y del estilo de afrontamiento.

Aportar desde la Psicología condiciones que las lleven a desarrollar un estilo de comportamiento más autónomo, con patrones de conducta que las hagan ser física y psicológicamente más saludables.

Tomar en cuenta las características de personalidad de las mujeres que padecen cáncer permitirá conocer sus estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes y su forma particular de llevar a cabo sus relaciones interpersonales.

A su vez, es importante que todo el equipo multidisciplinario reconozca que el Cáncer es una enfermedad médica y emocional. Teniendo presente que la Psico-oncología es fundamental dentro de este equipo, ya que el asesoramiento constante y la contención emocional que se le otorgue al paciente evitarán la confusión, el recelo y la falta de aceptación entre otras alteraciones psicológicas.

Así mismo se considera muy importante la formación de grupos de psicoterapia dentro de la institución para pacientes mastectomizadas, guiadas por un psicoterapeuta profesional capacitado, lo cual les permitirá reforzar la autoestima y aprender a afrontar su situación de diversas formas al observar como otras personas con su mismas características afrontan las

adversidades, utilizar a las demás pacientes como su propio espejo y así fortalecer su Percepción de la Imagen Corporal, así mismo recibir apoyo emocional de sus mismas compañeras

Otra consideración importante es que el presente estudio demostró la hipótesis planteada, que refleja la buena observación empírica del investigador, habilidad indispensable en cualquier investigación, ya que para ser precisos, hipótesis no comprobadas, ponen a prueba al investigador y permiten darse cuenta de la necesidad, sino de adquirir la habilidad de ser buen observador, si de tratar de desarrollarla y conseguir asertividad.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Arraztoa J. La Mama: Diagnóstico y Tratamiento. 2º Ed. Chile. Mediterráneo
2. Pérez-Tamayo R. (2003), El cáncer en México. México: El Colegio Nacional.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-041- SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
4. Ramírez O., Arceo G., Pimentel R., “Incidencia de depresión como consecuencia de la imagen corporal en las mujeres con cáncer de mama del Centros Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social del estado de México y Municipios 2011”, Toluca, México 2011.
5. Neri S., Pimentel R., García R., Viesca T., “La percepción de la imagen corporal y el estado depresivo asociados con el estado de nutrición en mujeres con cáncer de mama”, Toluca, México, 2012.
6. Knaul F. Cáncer de mama en México: Una Prioridad apremiante, Salud Publica, Suplemento 2 (51); S335-S344, México, 2009.
7. Molina S. Cáncer de mama prevenir y curar, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaria de Salud, Sistema Único de Información, ISSN 1405-2636, Semana 40, 40 (25), 2008.
8. Bruce H. Harrison´s Manual of Oncology, American Society of clinical Oncology, General Hospital Cancer Center Massachusetts, USA, 2008.
9. Lacan J., Escritos (2 vol.), Madrid Siglo XXI, 1977.
10. Lacan J., Seminario 2: el yo en la Teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, Barcelona, Paidós, 1986.
11. Lacan J., El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) (1949, Barcelona, Herder, 10º Reimpresión, 2004.)
12. Helms R., O´Hea EL, Corso M. Body image issues in women with breast Cáncer. Psychol Health Med. 2008 May; 13(3):313-25. Review.
13. Ashraf M., Body Image Disturbance and Surgical Decision Making in Egyptian Post-Menopausal Breast Cancer Patients, World Journal of Surgical Oncology, 7:66 doi:10.1186/1477-7819-7-66, Egypt, 2009.

14. Baile A., La imagen corporal, Centro Asociado de la UNED de Tudela 2003
http://www.uned.es7ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm
15. Montaña L., Cáncer de mama e imagen corporal, 10º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiqui, España, 2009.
16. Schilder P., Imagen y apariencia del cuerpo humano. Ed. Paidós, México: 1989.
17. Merleau-Ponty., Fenomenología de la percepción, Barcelona, Península, 1998, p.p. 27-35.
18. Dolto F., La imagen inconsciente del cuerpo 3ª Ed. España: 2004
19. Robles S., "El cáncer de mama en América Latina y El Caribe" Rev. Panamericana de la Salud Pública vol.12, Edit. Publications, Washington EE.UU. 2002
20. Bartelink H., van Dam F, van Dougen V. Psychological effects of breast conserving therapy in comparison with radical mastectomy. Int. J Radiat. Oncol. Biol. Phys 1985, 11, 381-385.
21. Hopwood A., I. Fletcher a, A. Lee a, S. Al Ghazal; A body image scale for use with Cancer patients; European Journal of Cancer 37 (2001) 189-197
22. Domínguez-Trejo B. y Olveras-López Y. Inhibición emocional, estrés y salud. Su impacto en los cambios psicofisiológicos, emocionales e inmunológicos. Psicología y Salud, vol.12 pp.83-92, 2002.
23. Olivares M.E., Cruzado, J. A. Estrategias de afrontamiento ante el posible diagnóstico de neoplasia mamaria. Ansiedad y estrés, 4, 253-279. (1998)
24. Cardenal V., Estilos psicológicos y enfermedad física: variables psicosociales-el estilo de evitación emocional- y su influencia en el cáncer. Escritos de Psicología, 2005, 36-52.
25. Cano-Vindel A., Sirgo, A., & Pérez-Manga, G. Cáncer y estilo represivo de afrontamiento, ansiedad y estrés, 1994, 101-112.
26. Truco, M., Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. Rev. Chile. neuro-psiquiatr., nov. 2002, vol.40 supl.2, p.8-19.
27. Anarte T., López A., Ramírez C. y Esteve R, Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. 2000
28. Ibáñez, E., Romero, R., & Andreu, Y; Personalidad tipo C: una revisión crítica. Boletín de Psicología, 1992; 35, p.p. 49-79.

29. Sebastián, León & Hospital; Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasi prospectivo de la personalidad tipo c; Revista Latinoamericana de Psicología Volumen 41 No 3 pp. 461-479; 2009.
30. Andreu Y., Personalidad tipo C. Historia y validez del concepto. Boletín de Psicología, 59, 75-104.
31. Torres M., Relación entre el Patrón de conducta tipo C y el Cáncer de mama; Revista de la Universidad Javeriana Chilena; Vol. 5; Numero 003; p.p. 563-573.
32. Molina V., Ramírez H., Patrón de personalidad Tipo C Y su relación con el Cáncer de mama y Cérvico-Uterino; Revista Electrónica De Psicología Iztacala; Vol. 12 No. 4 Diciembre De 2009
33. Sebastián J., Mateos, N. & Bueno, M. J. Expresión emocional y personalidad tipo C: diferencias entre mujeres con patología mamaria maligna, benigna y normales. Revista de Psicología de la Salud, 1997 Vol. 9, 93-126.
34. Sebastián J., Dimitra Manos; Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial; Clínica y Salud, 2007, vol. 18 n.º 2
35. Dolsophon W., La adaptación en el autoconcepto y en la función de rol en los pacientes con cáncer de mama y mastectomía Rev. Diario Clín 1995; 2:2-20.
36. Fernández A., Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psico-oncología; 2004 vol., 1, 169-179.
37. Bañuelos B., Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama; Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007; 153: p.p. 129-134.

XIV. ANEXOS



ANEXO 1

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Folio: _____ Edad: _____ Grado de escolaridad: _____

¿Ha recibido Quimioterapia o Radioterapia como parte de su tratamiento para el Cáncer de mama? Sí _____ No _____

Especifique cual: Quimioterapia _____ Radioterapia _____

¿Ha sido intervenida Quirúrgicamente como parte de su tratamiento para el Cáncer de mama? Sí _____ No _____

Especifique que tipo de intervención quirúrgica recibió:

Mastectomía Unilateral Parcial: Se extirpa sólo la glándula, se conserva la piel, la areola y el pezón, en una sola mama.

Mastectomía Unilateral Radical: Extirpación de la mama completa, piel que la cubre, la areola y el pezón en una sola mama _____

Mastectomía Bilateral Parcial: Se extirpa sólo la glándula, se conserva la piel, la areola y el pezón, en ambas mamas. _____

Mastectomía Bilateral Radical: Extirpación de la mama completa, piel que la cubre, la areola y el pezón en ambas mamas _____

ESCALA BIS (BODY IMAGE SOCIAL) DE HOPWOOD PARA MEDIR IMAGEN CORPORAL.

INSTRUCCIONES: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 12 apartados. Marque con una cruz la que considere adecuada.

AREAS	Reactivos	Nada	Poco	Mucho	Bastante
a) Grado de satisfacción tanto consigo mismo como con los demás.	1.- Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida.				
	2.- Creo que a los demás les gusta mi aspecto.				
b) Pérdida de la feminidad.	3.- Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer				
	4.- Me siento menos femenina después del diagnóstico de Ca de mama.				
c) Grado de satisfacción con la apariencia desnuda, tanto consigo mismo como con los demás.	5.- Cuando me baño o me ducho evito mirarme mi/mis seno/senos.				
	6.- Evito que los demás me vean mis seno/s				
	7.- Estoy satisfecha de mi aspecto físico cuando estoy desnuda.				
d) Sentimientos acerca del atractivo sexual	8.- Creo que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales.				
	9.- Desde mi diagnóstico de Cáncer de mama me veo menos atractiva sexualmente.				
	10.- Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual				
e) Pérdida de la integridad corporal	11.- Me siento algo deformada o mutilada.				
f) Grado de satisfacción con la cicatriz	12.- Me repugna la idea de la operación.				

ANEXO 2

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE DIEZ ITEMS (IPDI)

Aquí hay un número de rasgos de personalidad que se pueden aplicar en usted. Por favor diga un número después de cada afirmación para indicar el grado en el cual está de acuerdo o no con cada afirmación.

TOTALMENTE EN DESACUERDO 0	MUY EN DESACUERDO 1	UN POCO EN DESACUERDO 2	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO 3	UN POCO DE ACUERDO 4	MUY DE ACUERDO 5	TOTALMENTE DE ACUERDO 6
ME VEO A MI MISMA COMO:						
	1.- EXTROVERTIDA				ENTUSIASTA	
	2.- CRÍTICA				OBSTINADA	
	3.-DEPENDIENTE				AUTO-DISCIPLINADA	
	4.- ANSIOSA				ENTRISTEZCO FÁCILMENTE	
	5.-ABIERTA A NUEVAS EXPERIENCIAS				COMPLEJA	
	6.- RESERVADA				TRANQUILA	
	7.-SIMPÁTICA				AMABLE	
	8.-DESORGANIZADA				DESCUIDADA	
	9.- CALMADA				EMOCIONALMENTE ESTABLE	
	10.- CONVENCIONAL				POCO CREATIVA	

ANEXO 3

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Por favor conteste que tan de acuerdo se encuentra con cada una de las siguientes afirmaciones:

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

1	2	3	4
MUY DE ACUERDO	DE A CUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

2.- Me inclino a pensar que, en conjunto, soy una fracasada.

1	2	3	4
MUY DE ACUERDO	DE A CUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

3.- Creo que tengo varias cualidades buenas.

1	2	3	4
MUY DE ACUERDO	DE A CUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

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

1	2	3	4
MUY DE ACUERDO	DE A CUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

5.- Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.

1	2	3	4
MUY DE ACUERDO	DE A CUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

6.- Tengo una actitud positiva hacia mi misma.

1	2	3	4
MUY DE ACUERDO	DE A CUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

7.- En general, estoy satisfecha conmigo misma.

1	2	3	4
MUY DE ACUERDO	DE A CUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

8.- Desearía valorarme más a mí misma.

1	2	3	4
MUY DE ACUERDO	DE A CUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

9.- A veces me siento verdaderamente inútil.

1	2	3	4
MUY DE ACUERDO	DE A CUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

10.- A veces pienso que no sirvo para nada.

1	2	3	4
MUY DE ACUERDO	DE A CUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

ANEXO 4

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

“PERSONALIDAD, AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA ATIZAPÁN DE ZARAGOZA, MEXICO 2012 - 2013.”

Investigador principal: _____

Sede donde se realizará el estudio: _____

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Este trabajo servirá como antecedente para la Jurisdicción Sanitaria Atizapán de Zaragoza, para conocer la personalidad, la autoestima y la percepción de la imagen corporal en mujeres con Cáncer de mama.

A usted se le está invitando a participar en este estudio con el objetivo de saber qué relación existe entre el tipo de Personalidad, la autoestima y la percepción de la imagen corporal en mujeres con Cáncer de mama con tratamiento oncológico

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

El Cáncer de mama es todavía una de las enfermedades más estigmatizadas del mundo, el estigma se relaciona a la percepción de que la persona con cáncer está fuera de lo aceptable en una forma negativa o indeseable. Esta percepción frecuentemente conduce a la discriminación que a su vez resulta en la pérdida de posición social, el rechazo y el aislamiento. Asimismo el estigma agrava la devastación social, emocional y financiera que demasiadas veces acompaña el diagnóstico del cáncer

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Este estudio, no implica riesgos, ya que este consiste solo en la aplicación de un cuestionario.

ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado anexa a este documento

ANEXO 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador:

He explicado al C. _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha