

**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**



**“RESILIENCIA Y AUTOESTIMA ASOCIADOS A IMAGEN CORPORAL EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN GRUPO DE RECUPERACIÓN TOTAL
RETO A.C, MÉXICO DISTRITO FEDERAL, COLONIA ESCANDÓN 2012-2013”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA
M.C. ALHELÍ HERNÁNDEZ OJEDA**

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

**REVISORES DE TESIS
M. EN C. JUAN JAVIER SÁNCHEZ GUERRERO
E. EN S.P. JAVIER CONTRERAS DUARTE
E. EN S.P. CEDILLO VILLAVICENCIO NANCY
E. EN S.P. IGNACIO MIRANDA GUZMÁN**

TOLUCA, MÉXICO

2014

A DIOS POR EL MILAGRO DE LA VIDA, MIS PAPAS QUE AHORA ME CUIDAN DESDE EL CIELO; A MI HIJA QUE DESDE SIEMPRE ES MI MOTOR EN LA VIDA, MIS MAESTROS QUE SIN ELLOS ESTO NO SERÍA POSIBLE, EN ESPECIAL A MI MAESTRO CARLOS, A MIS AMIGOS SALVADOR, RUTH, NADIA, KARLA, A TI POR EXISTIR Y ESTAR EN MI VIDA.

**“RESILIENCIA Y AUTOESTIMA ASOCIADOS A IMAGEN CORPORAL EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN GRUPO DE RECUPERACIÓN TOTAL
RETO A.C, MÉXICO DISTRITO FEDERAL, COLONIA ESCANDÓN 2012-2013”**

ÍNDICE

CAP	PÁG.
I. MARCO TEÓRICO	
I.1. Resiliencia	1
I.1.1 La resiliencia actual	3
I.1.2 Resiliencia nómica	4
I.1.3 Anomía Asiliente	5
I.1.4 Ocho pilares de la resiliencia nómica	5
I.2. Imagen corporal	8
I.2.1. Alteraciones de la imagen corporal	9
I.2.2. Características de la imagen Corporal	11
I.3. Autoestima	14
I.3.1. Componentes de la autoestima	15
I.3.2. Fundamentos de la autoestima	16
I.3.3. Grados de autoestima	16
I.3.4. Caracterización de la autoestima	18
I.4. Cáncer de mama	19
1.4.1. Estadificación	20
1.4.2. Anatomía patológica	20
1.4.3. Epidemiología	20
1.4.4. Cuadro clínico	21
1.4.5. Diagnostico	21
1.4.6. Mamografía	21
1.4.7. Ecografía	22
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
II.1. Argumentación	24
II.2. Pregunta de investigación	26
III. JUSTIFICACIONES	26
III.1. Epidemiológica	27
III.2. Social	27
III.3. Académica	28
III.4. Económica	28
III.5. Educativa	28
IV. HIPÓTESIS	29
IV.1. Elementos de la hipótesis	29
IV.1.1. Unidades de observación	29
IV.1.2. Variables	29
IV.1.2.1. Dependiente	29
IV.1.2.2. Independientes	29
IV.1.3. Elementos lógicos de relación	29
V. OBJETIVOS	30
V.1. General	30
V.2. Específicos	30
VI. MÉTODO	30
VI.1. Tipo de estudio	31
VI.2. Diseño de estudio	31

VI.3.Operacionalización de variables	31
VI.4.Universo de trabajo	34
VI.4.1.Criterios de inclusión	34
VI.4.2.Criterios de exclusión	34
VI.4.3.Criterios de eliminación	34
VI.5.Instrumento de investigación	34
VI.5.1.Descripción	34
VI.5.2.Validación	35
VI.5.3.Aplicación	35
VI.6.Desarrollo del proyecto	35
VI.7.Límite de espacio	35
VI.8.Límite de tiempo	35
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	36
VIII. ORGANIZACIÓN	37
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
X. CUADROS Y GRÁFICAS	42
XI. CONCLUSIONES	69
XII. RECOMENDACIONES	70
XIII. BIBLIOGRAFÍA	75
XIV. ANEXOS	79

I. MARCO TEÓRICO

I.1 Resiliencia

La resiliencia es un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales. (1)

Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla en 1997, realizaron un exhaustivo resumen sobre los contenidos que diferentes autores han dado al concepto de resiliencia, concluyendo que las diferentes definiciones enfatizaban las siguientes características en la persona resiliente: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas; todas estas desplegadas frente a situaciones vitales adversas y estresantes, que a su vez, les permitan atravesarlas y superarlas. También los autores destacaron dos elementos cruciales: la resiliencia se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. La resiliencia depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros seres humanos responsable de la construcción del sistema psíquico humano. (2)

La forma en cómo se vinculan estos términos es variable, y ha llevado a la discusión sobre el carácter personal o contextual del concepto de resiliencia. En la actualidad la mayoría de los autores comparte una perspectiva constructivista del concepto de resiliencia. En tal sentido, la resiliencia es un rasgo propiamente humano, en tanto este se constituye en la interacción social. (3)

En las distintas áreas de las Ciencias Sociales, tradicionalmente se le ha dado un mayor énfasis a los estados patológicos del ser humano, motivo por el cual los estudios e investigaciones se han centrado en esto y en descubrir los factores que influyen en ello. Sin embargo, esto no fue suficiente para dar respuesta a todas las interrogantes presentadas, sino más bien se evidenció que personas que vivían en un ambiente adverso y de riesgo lograban desarrollarse, superando condiciones severamente adversas, sobreviviendo a ellas e incluso transformándolas en ventaja para sí mismos y su realidad.

Es entonces cuando se busca dar una nueva explicación a este fenómeno y varios autores como Werner introducen el término de invulnerabilidad que luego es cambiado por el de resiliencia, por tratarse de un concepto menos rígido y más comprensivo, que refleja la posibilidad de enfrentar efectivamente eventos estresantes. (4)

El concepto de la resiliencia es relativamente nuevo en cuanto a su aplicación en el ser humano. Este se toma de la metalurgia, y se le designa como “la capacidad que tienen los metales para soportar los cambios externos y golpes, recuperando su estructura interna”. (5)

En el campo de la medicina el término también se aplica a la osteología, específicamente a la capacidad de los huesos para crecer en el sentido apropiado luego de haber sufrido una fractura. Desde una perspectiva biopsicosocial el término se refiere a “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir adelante positivamente o incluso transformándolas luego de ser sometido a factores de alto riesgo que han vulnerado su integridad o le han causado daños graves en su vida psíquica, moral, espiritual o social”. (5)

En la psicopatología desarrollista, el término se relaciona con tres fenómenos: obtener buenos resultados a pesar de atravesar estados de alto riesgo que generan estrés o angustia, mantener un buen nivel de competencia aún bajo estado de amenaza y recuperarse de un trauma. Implica que no es una capacidad fija sino que puede variar a través del tiempo y las circunstancias.

Según Michael Rutter (citado por Badilla, 1999) la resiliencia no consiste en negar las experiencias difíciles y sus consecuencias, sino que refiere una cualidad para enfrentarlas de manera exitosa y sobreponerse a ello. (6)

Varios autores han aportado a su definición, señalando que es un fenómeno multifacético que tiene que ver con la interacción de recursos personales y sociales, que son utilizados para incrementar la competencia, crecer y madurar contra los obstáculos. Incluye por ello las habilidades, destrezas y conocimientos. Asimismo, la resiliencia no es estática sino que se articula en las capacidades y conocimientos que a su vez se derivan del devenir entre riesgos y protecciones. En cuanto a este último aspecto, se señala que “graduales dosis de adversidad fortalecen más que la no-

exposición al peligro”, no obstante debe existir la “oportunidad de generar capacidad de respuesta y ponerlas a prueba con resultados aceptables” pues de lo contrario la posibilidad de desarrollar o manifestar resiliencia es menor. (7)

Al hablar de resiliencia, es importante considerar que la infancia es la etapa fundamental para la consolidación de los modos de interacción con el medio y en la medida en que se avanza en la edad, las etapas de crecimiento ofrecen nuevas posibilidades tanto de enriquecimiento como de riesgo. Se afirma que en adolescentes “la invisibilidad, la exclusión y la estigmatización no favorecen el desarrollo de la resiliencia” pues contribuyen a la construcción de una identidad confusa, incompleta, con sentimientos de desvalorización personal, haciéndoles más vulnerables y propensos a adoptar conductas riesgosas. (6)

I.1.1 La resiliencia actual

“Una actitud y una conducta orientada a la norma, que se caracteriza principalmente por transformar la visión real de uno mismo por una visión que demuestra la competencia del individuo, el equipo y el grupo social para resolver problemas y para alcanzar un alto estándar de vida, haciendo que se obtengan resultados positivos ante la adversidad. Es producida por cambios estructurales que forman integración. Se asemeja a aquella pelota de tenis que mientras más duramente es golpeada hacia al suelo, más fuertemente rebota elevándose al cielo”. (7)

La resiliencia es una construcción compleja que Stefan Vanistendael y Jacques Lecomte (2002) comparan con una pequeña casa, una casita, que se construye con sólidos cimientos. Cada estancia representa un campo de intervención posible, para los que quieren contribuir a construir, mantener o restablecer la resiliencia. Se trata de sugerencias, cada uno debe descubrir en cada situación concreta en que campos precisos puede actuar, y, a continuación, cuáles serán las acciones a llevar a cabo en cada caso. En primer lugar está el suelo sobre el que está construida, se trata de necesidades materiales elementales. Pero se necesita más que esto. En los cimientos están también la red de relaciones sociales y en el corazón de estas redes, se sitúa la aceptación profunda de la persona, no de su comportamiento, su importancia es primordial.

Esta aceptación no es unilateral, no sólo el adulto acepta al niño, es preciso que haya reciprocidad, el niño también desempeña su papel, debe consentir que se le acepte.

En la planta baja encontramos una capacidad fundamental, encontrar un sentido a la vida, descubrirle un sentido, que puede realizarse a través de una filosofía que consiste en apreciar plenamente la existencia. Este nivel es el de los proyectos concretos, que debemos encontrar para cada persona, cuidar de otro, ser generoso con otros, responsabilizarse de tareas y cuidados, la naturaleza ofrece muchas posibilidades pedagógicas importantes.

Al igual que en una casa las habitaciones están comunicadas entre sí, es decir que los campos están ligados, así la autoestima, considerada como un factor esencial de la resiliencia, está en estrecha relación con otros elementos como la aceptación del otro.

Las aptitudes y competencias interesan de modo particular a la educación. No sólo las aptitudes cognitivas, también las relacionales, profesionales y de supervivencia, que gracias a ellas podremos expresar sentimientos y emociones, y mostrar la capacidad práctica de arreglárnosla en la vida cotidiana.

I.1.2 Resiliencia nómica

Es la capacidad potencial que tiene un individuo para afrontar la adversidad y salir fortalecido de ella. Las características suficientes para que a una persona se le pueda llamar resiliente nómico serían: autoestima, autonomía, afrontamiento, conciencia, esperanza, responsabilidad, sociabilidad y tolerancia a la frustración.

Así mismo Ann Clrake y Alan Clarke, comentan que los factores que expresan la resiliencia son recursos internos (características personales), apoyo externo, tiempo del apoyo. Entienden como recursos internos la inteligencia social del individuo, su habilidad para resolver problemas o el desarrollo de su autoestima. Apoyo externo como las redes afectivas, algún intento deliberado de ayuda. El tiempo es muy determinante en este proceso. Así como un factor positivo colabora al desarrollo, uno negativo lo aleja del mismo. Los factores negativos, como los positivos atraen positivos. El principal factor negativo en este proceso es llamado Anomía Asiliente. (8)

I.1.3 Anomía Asiliente

Es una actitud enferma del individuo, una conducta desviada de la norma, que se caracteriza principalmente por transformar la visión real de sí mismo, por una visión errónea que demuestra la incompetencia del individuo y del grupo social para resolver problemas, para alcanzar optimismo y un alto estándar de vida, haciendo que se obtengan resultados negativos ante la adversidad. Es lo opuesto de la Resiliencia nómica. (8)

I.1.1.1 Ocho pilares de la resiliencia nómica

Afrontamiento

En este caso, afrontamiento implica necesariamente adversidad como un obstáculo en el alcance de un objetivo, peligro, fuerza en contra, o dificultad. Afrontar es resolver un peligro, fuerza en contra, o dificultad. Afrontamiento es resolver un problema o situación comprometida. Distinto de enfrentar, que busca pelear con el fin de aniquilar, desafiar o competir. Aunque algunos diccionarios los toman como sinónimos, en psicología se aclara que no es lo mismo pelear contra la adversidad que resolver una adversidad. Son actitudes o respuestas diferentes ante la adversidad. Afrontar es abordar con éxito una situación difícil. En algunos estudios se destaca que el convertir la adversidad en reto hacía la diferencia en la actitud de afrontarla exitosamente. Es un factor de resiliencia nómico básico que se desarrolla a temprana edad, junto con el factor autonomía, fortaleciéndolo como todo músculo psicológico cuando se inicia afrontando pequeñas adversidades autónomamente. (9)

Autonomía

Es la condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie. Este factor está muy relacionado con afrontamiento, autoafirmación, autodeterminación, locus de control interno. Es difícil concebir la autonomía sin una auténtica libertad. Libertad de las cadenas que nos atan a nuestros papás, amigos, adicciones, defectos. Estar libre de miedos para lograr lo que nos proponemos en nuestro desarrollo. Eso es autonomía; esta se debe desarrollar a temprana edad. Es un factor poco común entre los pobladores de Latinoamérica, Asia y África. Implica simultáneamente adquirir: seguridad

en sí mismo, habilidad para tomar decisiones, ser líder, formar sabiduría y criterio propio. La autonomía propicia una interdependencia familiar y social sana. Pero donde, hay menos desarrollo, predomina la dependencia familiar que forma miembros incapaces de afrontar adversidades por ellos mismos. (9)

Autoestima

Este factor incide enormemente en la conducta resiliente nómica y en la anómica asiliente. La autoestima es la evaluación que la persona realiza y que habitualmente mantiene en relación a sí misma. Es un juicio personal de valor que se expresa en actitudes de la persona hacia sí misma. Expresa una actitud de aprobación e indica hasta qué punto la persona se considera capaz, importante, con éxito y digna (Stanley Coopersmith, en Branden, 1999).

También, está formada por seis pilares (Branden, 1999) que se explicarán más adelante: vivir conscientemente, aceptarse a sí mismo, asumir la responsabilidad de uno mismo, autoafirmarse, vivir con propósito, vivir con integridad personal.

La valoración o estima que otros hagan a una persona puede afectarle positiva o negativamente en su autoconcepto o autovaloración. Por ejemplo, hace más de 500 años, grupos autoritarios trataron y concibieron a varios grupos sociales de tal forma que llegaron a creer que su raza, religión, usos, costumbres y lenguaje eran condición para convertirlos en un grupo inferior, débil, sumiso, abnegado, incapaz, marginable y esclavo.

Tolerancia a la frustración

Respeto a las ideas, creencias o prácticas de los demás cuando son diferentes o contrarias a las propias. Tolerar es sufrir, llevar con paciencia. Resistir, soportar especialmente una adversidad, un alimento o una medicina.

Frustración: estado emocional que se produce en el individuo cuando éste no logra alcanzar el objeto deseado. Es una situación o vivencia emocional en la que una expectativa, un deseo, un proyecto o una ilusión no se satisfacen o se cumplen. (9)

Conciencia

Propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta. Conocer la realidad interior y exterior. Darse cuenta constantemente de los cambios, las oportunidades, errores y éxitos. Reconocer la verdad, implica un alto grado de atención de sí mismo y del entorno. Es el conocimiento de la existencia de algo o la comprensión de una situación presente o tema, basado en información o experiencia. (8)

Responsabilidad

Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente. Que pone cuidado y atención en lo que hace o decide. Reconocerse responsable implicaría la decisión de aceptar ser la persona a la que se ha encargado algo. Algo que es tu tarea resolver. (9)

Esperanza

Estado de ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos. Es un sentimiento, un deseo, una expectativa, o promesa. Es creer en una posibilidad. Querer lo posible, desearlo o confiar que es posible. Creer que el mañana será mejor que hoy. Confiar en un mañana con paz y prosperidad, en un bienestar.

Es muy difícil crear una meta sin esperanza. La falta de esperanza se acompaña generalmente de irresponsabilidad y falta de afrontamiento. Las personas sin esperanza no planifican, no ejercitan la toma de decisiones, se tornan inseguras, con baja autoestima, sin identidad clara. Pueden volverse críticos destructivos. Se burlan de los que tienen esperanza. Gracias a la esperanza podemos afrontar nuestro presente. El presente aunque sea un presente fatigoso, se puede vivir y aceptar si lleva hacia una meta desafiante y si esa meta es tan grande que justifique el esfuerzo que se deba hacer. Quien tiene esperanza vive de otra manera; se le ha dado una vida nueva. Ha encontrado el sentido de la vida. (9)

Sociabilidad

Es la habilidad de tener una buena relación con los demás. Creer y saber que la mayoría de las personas son amables y atentas. Saber que puedes contribuir al bienestar de otras personas y lo haces. Cuando los niños han crecido sin amor y aceptación, se vuelven escépticos de sus capacidades y de su entorno. Esto hace muy difícil el desarrollo de la resiliencia propia, cuando alguien no se cree merecedor de amor y aceptación. Hay quienes hasta boicotean el amor y aceptación, hasta de los que lo entregan con buena voluntad. Esto cambia cuando a estas personas se les envuelve en un ambiente de mucha aceptación, inclusión, confianza y amor. Pero hay que construir esos entornos en las nuevas parejas, escuelas y empresas.

Estos 8 factores se seleccionaron después de más de cinco años de investigación, a partir de otros elementos, pues estos ocho son suficientes para identificar en profundidad a la resiliencia nómica y a la anomia asiliente en un contínuum, que cuando uno aumenta el otro disminuye. Cada uno de estos factores colabora en el proceso de la anomía asiliente. Todos ellos son considerados en una mayor o menor proporción, por los autores de la resiliencia, como factores encontrados en las personas que lograron la resiliencia nómica. (9)

I.2 Imagen corporal

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que tiene del propio cuerpo. Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos. Aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen. (10)

La imagen corporal se compone de varias variables:

Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobre estimaciones o subestimaciones.

Aspectos cognitivos-afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia.

Aspectos conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje. (11)

La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico (11)

Así Rosen (1995) señala que la imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.(12)

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así en diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo, que en el caso de las mujeres sufre variaciones importantes debidas a los embarazos.

Nuestra sociedad occidental ha convertido al cuerpo y a sus cuidados en un negocio, así la preocupación por el cuerpo y la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo y en una industria. La consecuencia es que la atención de mucha gente está centrada en el aspecto físico. Esta preocupación con el cuerpo y la insatisfacción con el mismo pueden ir desde una preocupación normal hasta llegar a ser patológica.

I.2.1 Alteraciones de la imagen corporal

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.

Alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal. Inexactitud con que el que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma. (13)

No está clara la relación entre estas variables, algunos autores señalan que las personas insatisfechas con su cuerpo tienen distorsiones perceptivas, y otros autores señalan que no. La correlación entre medidas de evaluación perceptiva y subjetiva no siempre es alta. Es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma. (12)

En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana hablamos de trastornos de la imagen corporal.

En la sociedad occidental un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal. Pero esta insatisfacción y preocupación por el cuerpo se convierte en un trastorno, es decir en un malestar significativo, en un 4% de las mujeres y en menos del 1% de los hombres. (14)

De acuerdo a la asociación psiquiátrica americana el trastorno dismórfico se define como una preocupación excesiva por un “defecto corporal” inexistente o de escasa entidad. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana del sujeto dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas. (15)

Además hay que tener en cuenta que las alteraciones perceptivas, la preocupación y el malestar acerca de la imagen corporal pueden ser un síntoma presente en distintos cuadros clínicos o puede ser un trastorno en sí mismo. Así, en la esquizofrenia es habitual que existan alucinaciones perceptivas y visuales de tipo somático; en la manía

los pacientes se ven más atractivos y más delgados; en la depresión más viejos y feos, en la transexualidad existen una falta de correspondencia entre los órganos sexuales y la identidad de género. En todos estos casos, las alteraciones de la imagen corporal son un síntoma más dentro del cuadro que presenta el paciente y no son abordados específicamente. (16)

Así, en el trastorno dismórfico corporal la preocupación puede referirse a partes del cuerpo o a aspectos más globales, así como a defectos faciales, la forma, el tamaño, el peso, la simetría de partes del cuerpo y los olores.(17)

En los casos donde existen alteraciones de la imagen corporal, los síntomas se presentan en cuatro niveles de respuesta que se ponen de relieve especialmente cuando el paciente se enfrenta a situaciones en las que puede ser observado. (13)

I.2.2 Componentes de Imagen Corporal

Nivel psicofisiológico: respuestas de activación del Sistema Nervioso Autónomo (sudor, temblor, dificultades de respiración).

Nivel conductual: conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización, realización de dieta, ejercicio físico, etc.

Nivel cognitivo: preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas sobrestimación y subestimación, auto verbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes.

Nivel emocional: insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza.

A nivel cognitivo, ha identificado los principales esquemas cognitivos relacionados con la imagen corporal y que se presentan en las personas con insatisfacción de la imagen corporal:

- La gente atractiva lo tiene todo.
- La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar.
- La apariencia física es signo de cómo soy interiormente.
- Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor.

- Si la gente supiera como soy realmente a ellos no les gustaría.
- Si controlo mi apariencia, podré controlar mi vida social y emocional.
- Mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida.
- Debería saber siempre cómo parecer atractivo.
- El único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola. (18)

Neziroglu y Yaryura Tobias (1993) señalan que en las personas con trastorno de la imagen corporal, aparecen las siguientes suposiciones: necesidad de perfección, necesidad de agradar para ser aceptado por los otros, necesidad de presentar a los demás una apariencia física perfecta y la creencia de que es terrible que otros vean las propias imperfecciones.

Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas, así cursa con pobre auto-estima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, etc. De forma reiterada y con demandas irracionales. (19)

En la formación de la imagen corporal existen dos variables importantes, por un lado la importancia de la imagen corporal para la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma.

En la formación de una imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento.

I.2.3 Factores predisponentes:

a) Sociales y culturales: proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la falacia sobre la manipulación del peso y del cuerpo). Señala la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factor predisponente.

b) Modelos familiares y amistades: El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención hace que un niño/a aprenda esas actitudes. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable.

c) Características personales: la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.

d) Desarrollo físico y feedback social: los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.

e) Otros factores: la obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc. sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física. (20)

Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso.

I.2.4 Áreas de la Imagen Corporal.

- Percepción y estimación del tamaño y la forma del cuerpo.
- Aspectos cognitivos y emocionales: creencias y preocupaciones, su intensidad, frecuencia y duración, el malestar que originan y el grado de convicción sobre la existencia del defecto, el esfuerzo que realiza el paciente para controlar el pensamiento.
- Aspectos conductuales: evitación, camuflaje, rituales, búsqueda de información tranquilizadora, etc.
- Otros problemas psicológicos: depresión, trastornos de alimentación, disfunciones sexuales, ansiedad social, etc.
- Dimensiones de personalidad: autoestima, habilidades sociales, niveles de adaptación global. (21)

Factores que influyen en la alteración de la imagen corporal

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. 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

Distorsión de la imagen corporal en el Cáncer de mama

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. (22)

El tipo de cirugía utilizada en el tratamiento del cáncer de mama ha sido un factor importante en la imagen corporal de las mujeres afectadas.

Por tanto, el tipo de cirugía, mastectomía versus tumorectomía, afecta significativamente al grado de satisfacción que la mujer tiene con su cuerpo y consigo misma después de la operación, siendo las mujeres mastectomizadas las que tienen una peor imagen corporal y una autoestima más baja que las mujeres que han sufrido una tumorectomía.

Además existen varios trabajos que sugieren que las mujeres que experimentan mayor insatisfacción con su imagen corporal después del tratamiento del cáncer de mama son aquellas que creen que sus senos son importantes para su feminidad y atractivo, que valoran su apariencia física y que se consideran muy femeninas.

I.3 Autoestima

El concepto de autoestima varía en función del paradigma psicológico que lo aborde (psicología humanista, psicoanálisis, o conductismo). Desde el punto de vista del psicoanálisis, radicalmente opuesto, la autoestima está relacionada con el desarrollo del

ego; por otro lado, el conductismo se centra en conceptos tales como «estímulo», «respuesta», «refuerzo», «aprendizaje», con lo cual el concepto holístico de autoestima no tiene sentido.

La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de sí mismo.

La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, puede afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima. (23)

Santiago Rodríguez Espinar (1993) aporta las siguientes definiciones de la autoestima emitidas por distintos estudiosos en el tema: "Un conjunto organizado y cambiante de `percepciones que se refieren al sujeto. Como ejemplo de estas percepciones citemos: las características, atributos, cualidades y defectos, capacidades y límites, valores y relaciones que el sujeto reconoce como descriptivos de sí y que él percibe como datos de su identidad" La organización de percepciones acerca de si mismo que le hacen ser al individuo quien es él. El ser está compuesto de miles de percepciones que varían con la claridad precisión e importancia según la peculiar economía del sujeto. "Un dinámico y complejo sistema de creencias que el individuo mantiene acerca de sí mismo y en el que cada creencia aparece con un valor positivo negativo " (23)

"La evaluación que el individuo hace y generalmente mantiene con respecto así mismo; ésta expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en la que el sujeto es capaz. Importante, exitoso y valioso". (S.Coopersmith. 1967)."Una estructura multidimensional compuesta de algunas estructuras fundamentales que delimitan las grandes regiones globales del concepto de sí mismo.

I.3.1 La Autoestima tiene 3 componentes:

-Cognitivo: Que indica idea, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información”.

-Afectivo: Conlleva la valoración de lo que en nosotros hay de positivo y de negativo, implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable, que siente la persona de sí misma.

-Conductual: Se refiere a la tensión, intención y actuación que hace la persona por sí misma.

I.3.2 Fundamentos de la Autoestima:

Es de saber que uno es una persona de valor no alguien con quien no se quiere y se lastima a sí mismo. La intensidad de desarrollar una confianza y un respeto saludables por uno mismo, es propia de la naturaleza de los seres humanos, ya que el sólo hecho de poder pensar constituye la base de su suficiencia, y el único hecho de estar vivos es la base de su derecho a esforzarse por conseguir felicidad. Así pues, el estado natural del ser humano debería corresponder a una autoestima alta. Sin embargo, la realidad es que existen muchas personas que, lo reconozcan o no, lo admitan o no, tienen un nivel de autoestima inferior al teóricamente natural.

Ello se debe a que, a lo largo del desarrollo, y a lo largo de la vida en sí, las personas tienden a apartarse de la autoconceptualización (y conceptualización) positivas, o bien a no acercarse nunca a ellas. Los motivos por los que esto ocurre son diversos, y pueden encontrarse en la influencia negativa de otras personas, en un autocastigo por haber faltado a los valores propios [o a los valores de su grupo social, o en un déficit de comprensión o de compasión por las acciones que uno realiza

I.3.3 Grados de Autoestima:

La autoestima es un concepto gradual. En virtud de ello, las personas pueden presentar en esencia uno de tres estados:

-Tener una autoestima alta equivale a sentirse confiadamente apto para la vida, o, usando los términos de la definición inicial, sentirse capaz y valioso; o sentirse aceptado como persona.

-Tener una baja autoestima es cuando la persona no se siente en disposición para la vida; sentirse equivocado como persona.

-Tener un término medio de autoestima es oscilar entre los dos estados anteriores, es decir, sentirse apto e inútil, acertado y equivocado como persona, y manifestar estas incongruencias en la conducta actuar, unas veces, con sensatez, otras, con irreflexión, reforzando, así, la inseguridad.

En la práctica, y según la experiencia de Nathaniel Branden, todas las personas son capaces de desarrollar la autoestima positiva, al tiempo que nadie presenta una autoestima totalmente sin desarrollar. Cuanto más flexible es la persona, tanto mejor resiste todo aquello que, de otra forma, la haría caer en la derrota o la desesperación.

I.3.4 Importancia de la Autoestima Positiva:

El autoestima permite a las personas enfrentarse a la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, y por consiguiente alcanzar más fácilmente sus objetivos y autorrealizarse. (23)

Permite que uno sea más ambicioso respecto a lo que espera experimentar emocional, creativa y espiritualmente. Desarrollar la autoestima es ampliar la capacidad de ser felices; la autoestima permite tener el convencimiento de merecer la felicidad.

Comprender esto es fundamental, y redundante en beneficio de todos, pues el desarrollo de la autoestima positiva aumenta la capacidad de tratar a los demás con respeto, benevolencia y buena voluntad, favoreciendo así las relaciones interpersonales enriquecedoras y evitando las destructivas.

I.3.5 Indicios Positivos de Autoestima:

La persona que se autoestima suficientemente:

Cree con firmeza en ciertos valores y principios, y está dispuesta a defenderlos incluso aunque encuentre oposición. Además, se siente lo suficientemente segura de sí misma como para modificarlos si la experiencia le demuestra que estaba equivocada.

Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio criterio, y sin sentirse culpable cuando a otros no les parezca bien su proceder.

No pierde el tiempo preocupándose en exceso por lo que le haya ocurrido en el pasado ni por lo que le pueda ocurrir en el futuro. Aprende del pasado y proyecta para el futuro, pero vive con intensidad el presente.

Confía plenamente en su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar fácilmente por fracasos y dificultades. Y, cuando realmente lo necesita, está dispuesta a pedir la ayuda de otros.

Como persona, se considera y siente igual que cualquier otro; ni inferior, ni superior; sencillamente, igual en dignidad; y reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.

Da por sentado que es interesante y valiosa para otras personas, al menos para aquellos con los que mantiene amistad.

No se deja manipular, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.

Reconoce y acepta en sí misma diferentes sentimientos y pulsiones, tanto positivas como negativas, y está dispuesta a revelárselos a otra persona, si le parece que vale la pena y así lo desea.

I.3.6 Caracterización de la Autoestima:

La autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno, comprende mucho más que ese sentido innato de auto valía, que es nuestro derecho al nacer; es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de esta. Consiste en:

El aprecio y valoración que tenemos las personas de sí, es verse uno mismo con características positivas.

La confianza en nuestra capacidad de pensar y afrontar los desafíos que la vida nos presenta.

El derecho a ser felices, de ser dignos y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos.

Condiciones básicas de la Autoestima:

La autoestima se alcanza por medio de:

1. El desarrollo del sentido de pertenencia.

Basadas en familia. Consiste: la persona integra un determinado grupo social. Dependiendo que tipo de familia tengamos así vamos a desarrollar la pertenencia

2. El desarrollo del sentido de singularidad.

Cada persona es única, tiene sus propias normas de vida y sentimientos por lo que es necesario que cada uno de nosotros descubramos y apreciemos lo que valemos, de esa manera valoraremos a los otros.

3. El desarrollo del sentido del poder.

Todas las personas desean alcanzar ciertas metas en la vida, estas se alcanzan de acuerdo al potencial que hay en cada uno de nosotros y el esfuerzo invertido.

4. El desarrollo de modelos.

Quizá en ningún momento de la vida es tan importante para el niño tener puntos de referencia modelos o ejemplos a quien imitar como es la etapa de la adolescencia. Estos modelos proporcionan patrones de conducta al joven que introyecta en su vida, los cuales le ayudan a formar su propia escala de valores, objetivos e ideales necesarios en el proceso de consolidar su identidad. (24)

I.4 Cáncer de mama

El cáncer de mama es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario. Existen dos tipos principales de cáncer de mama, el carcinoma ductal la más

frecuente que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y el carcinoma lobulillar que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna.(25)

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos, y la amenaza que puede suponer para la vida, lapaciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva.

I.4.1 Estadificación:

El sistema de estadificación TNM para el cáncer de mama se basa en el tamaño del tumor (T), si el tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos (N), en las axilas o aún no se ha diseminado, y si el tumor se ha metastatizado (M) (es decir, si se ha propagado a una región más distante del cuerpo).⁵ Los tumores de mayor tamaño, de propagación nodal y metastásicos tienen un mayor número de estadiaje y un peor pronóstico.(26)

I.4.2 Anatomía Patológica:

Existen múltiples tipos histológicos en el cáncer de mama. El carcinoma ductal es el subtipo más frecuente.

I.4.3 Epidemiología:

El cáncer de mama es un problema de salud pública mundial. De acuerdo con las estimaciones del año 2002 se presentaron 1,151,298 casos nuevos de cáncer de mama y 410,712 defunciones y más de 4.4 millones de mujeres viven con este tipo cáncer de mama alrededor del mundo.

En México se diagnosticaron 11,656 casos y se presentaron 3,919 muertes en el año 2002 y constituye la primera causa de diagnóstico de carcinoma invasor en la mujer seguido por el cáncer cervicouterino.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos, Australia y algunos países de América Latina.

El cáncer mamario representa 31% de todos los cánceres de la mujer en el mundo. Aproximadamente 43% de todos los casos registrados en el mundo en 1997 corresponden a los países en vías de desarrollo.

I.4.4 Cuadro clínico:

El principal motivo de consulta en relación a las mamas de una mujer es la detección de una masa o tumoración. Aproximadamente el 90% de todas las masas mamarias son causadas por lesiones benignas. Las que son suaves y masas elásticas se asocian generalmente con un fibroadenoma en mujeres de 20 a 30 años de edad y quistes en las mujeres entre 30 y 40 años.^{29 30} Las masas malignas de mama se caracterizan por ser solitarias, no muy notorias, duras y dolorosas a la palpación.

A medida que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir enrojecimiento, hinchazón y retracción de la piel o del pezón con la aparición de agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de naranja. Otro problema frecuente es la secreción del pezón. El flujo de un carcinoma de mama suele ser espontáneo, con sangre, asociado a una masa y localizado en un solo conducto en uno de las mamas. En algunos casos la secreción de líquido proveniente del pezón puede ser de color claro a amarillento o verdoso, y lucir como pus.

I.4.5 Diagnóstico:

El examen de mama se debe realizar en posición vertical, sentada y acostada con las manos de la mujer detrás de la cabeza. Los senos deben ser inspeccionados en busca de diferencias en el tamaño, retracción de la piel o del pezón, patrones venosos prominentes y signos de inflamación. Se debe usar la superficie plana de la punta de los dedos para palpar el tejido mamario contra la pared torácica.

I.4.6 Mamografía

La extensión del uso de la mamografía ha sido eficaz, ya que ha reducido la tasa de mortalidad del cáncer de mama hasta un 30%.³³ La mamografía es el mejor método de cribado de lesiones tempranas disponible. La tasa de supervivencia para las mujeres con cáncer de mama se incrementa drásticamente cuando se diagnostica en una etapa temprana, detectado precozmente tiene una supervivencia a los 10 años que alcanza hasta un 98%.³⁴ Desafortunadamente, sólo el 60% de los cánceres se diagnostican en una fase localizada.

Existe la posibilidad de obtener falsos positivos con las mamografías. Las mujeres en edades comprendidas entre 40 y 69 años tienen una probabilidad del 30% de falsos positivos en su mamografía durante un periodo de 10 años.

I.4.7 Ecografía:

La ecografía es especialmente útil en mujeres jóvenes con tejido mamario denso con una masa palpable que no se visualiza en una mamografía. La ecografía no debe ser utilizada en los controles de rutina, sobre todo porque no se visualizan las microcalcificaciones y la detección de carcinomas es insignificante con la ecografía.

I.4.8 Tratamiento:

El tratamiento es multimodal (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica y radioterapia), el uso de cada una depende de la etapa clínica en la que se encuentre la paciente.⁽²⁷⁾

La cirugía es la principal modalidad de tratamiento local del cáncer mamario, existen diversos procedimientos quirúrgicos, considerándose la mastectomía radical modificada (MRM) el tratamiento estándar, sin embargo si el cáncer de mama se detecta en una etapa clínica temprana, se puede ofrecer un tratamiento conservador (Tumorectomía), en el que la paciente puede incluso conservar su seno sin comprometer el tratamiento oncológico radical. ⁽²⁸⁾

I.4.8.1 Tratamiento neoadyuvante.

La quimioterapia preoperatoria (neoadyuvante) es una opción adecuada en mujeres con tumores en estadios IIA, IIB y T3N1M0 que reúnen criterios para realizar una cirugía conservadora de la mama.

I.4.8.2 Tratamiento quirúrgico:

No es útil en cáncer avanzado Mastectomía simple modificada (mastectomía simple más resección de los ganglios linfáticos). Cirugía conservadora de la mama (nodulectomía), resección amplia, mastectomía parcial o cuadrantectomía, y la linfadenectomía del primero y segundo nivel de la axila más radioterapia cuando la lesión es menos de 2.5 cm y características histológica son favorables. Para un manejo postquirúrgico correcto se debe extraer material del tumor para un estudio de receptores hormonales para estrógenos y progesterona (inmunohistoquímica) y también investigar presencia de oncogen HER 2. (29)

I.4.8.3 Radioterapia

Durante 5-6 semanas tras la cirugía conservadora, o bien en casos de afectación de la pared torácica o axilar masiva, ha demostrado una reducción del 30% del riesgo de recurrencia. (30)

I.4.8.4 Tratamiento sistémico complementario o tratamiento adyuvante

Se entiende por tratamiento sistémico adyuvante la administración de quimioterapia o terapia endocrina después de la cirugía primaria, con el objetivo de eliminar la posible existencia de enfermedad residual microscópica y disminuir el riesgo de recidiva local o diseminación a distancia, (quimioterapia y /o hormonoterapia).

I.4.8.5 Quimioterapia

Reduce la posibilidad de muerte anual en mujeres pre menopaúsicas del 25-35% y en posmenopáusicas de 9-19 % (1), quimioterapia combinada es más eficaz ejemplo cilofosfamidametotrexate, mas 5 fluorouracilo; doxorubicina mas ciclofosfamida 4 a 6 meses.

I.4.8.6 Hormonoterapia

Bloqueadores de receptores de estrógenos y progesterona: incluye el tamoxifeno (20 mg/día) y toremifeno, el tratamiento por 5 años reduce la posibilidad de muerte anual en un 25 % en mujeres pre y posmenopáusicas, el tamoxifeno aumenta riesgo de cáncer de endometrio 1 % en mujeres posmenopáusicas. (31)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

El cáncer de mama es el que más frecuentemente afecta a las mujeres en todo el mundo, con más de un millón de casos nuevos diagnosticados cada año presentando un 22.7% del total de los cánceres que afectan a la mujer. El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en el mundo. Para el año 2004 la Organización Mundial de la Salud calculó se diagnosticarían más de 1,200,000 nuevos casos de cáncer de mama (19% del total de cánceres en la mujer). Su frecuencia varía ampliamente y así los países norteamericanos y europeos son los que tienen la frecuencia más elevada, mientras que, los países de Asia y África tienen la más baja. El cáncer de mama es una grave amenaza para la salud de la mujer a nivel mundial y constituye una prioridad no reconocida en los países de ingresos medios. Esta afección es la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 54 años de edad y amenaza a todos los grupos socioeconómicos. Se considera que actualmente el 80% de las mujeres con diagnóstico con cáncer invasivo puede esperar una supervivencia de, al menos 5 años; esto supone que una vez finalizado el tratamiento, incluyendo cirugía, quimioterapia y/o radioterapia, las mujeres debe volver a su vida normal; sin embargo tendrán que reajustar sus vidas a las secuelas del tratamiento, que no suelen ser graves pero que afectan al funcionamiento diario. Por supuesto en los casos en que el tratamiento quirúrgico es más agresivo, la intensidad de los efectos secundarios será mayor.

El cáncer de mama puede considerarse como una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional, tanto por la enfermedad como por los tratamientos en sí y los

efectos que producen. Los momentos especialmente críticos son el diagnóstico de la enfermedad, la intervención quirúrgica y el inicio de la quimioterapia.

Paradójicamente, existe otro momento estresante para las pacientes, y es el final del tratamiento, cuando tienen que volver a la vida normal. El estrés psicológico puede ser exacerbado por la información insuficiente, las decisiones terapéuticas complejas y efectos secundarios adversos relacionados con el tratamiento. Cuando inicia el tratamiento surgen preocupaciones relacionadas con el funcionamiento físico, la imagen corporal, la autoestima, estado de ánimo, sexualidad. Cuando finaliza, su papel de pacientes se transforma en el de supervivientes y deben volver a adaptarse y retornar a sus vidas.

El diagnóstico de cáncer de mama, supone un gran impacto emocional. Este impacto se debe a un doble motivo; por un lado el cáncer sigue siendo una patología muy temida por la población. Esto se debe principalmente a la incertidumbre de su causa y de las posibilidades de curación. Así mismo, cada persona, según sus creencias, actitudes y comportamientos afrontará la enfermedad de un modo distinto. Otro motivo de impacto emocional ya que afectan a la vida personal, familiar, social, laboral, de relación y sexual.

El cáncer de mama, es un problema de salud pública, ya que afecta a la mujer en todas las áreas en que se desenvuelve y las reacciones más frecuentes al diagnóstico de cáncer de mama son ansiedad, temor, desesperanza, tristeza, ira, abatimiento. Es entonces cuando se ponen en marcha mecanismos de afrontamiento como pueden ser la búsqueda de información, de apoyo social y emocional; la desconexión emocional, la aceptación o también la negación, el aislamiento, la renuncia a metas y objetivos: siempre con un daño a su entorno de vida global; y repercutiendo en la vida cotidiana, afectando como proyección a todo su entorno social.

En plano social, la escuela, el trabajo o la comunidad son lugares de importancia clave en el desarrollo de esta enfermedad. Cuando a una persona de este entorno de le diagnostica cáncer, los comportamientos cambian. Es aquí donde esa persona debe encontrar todo el apoyo que necesita para poder continuar con su lucha contra esta enfermedad.

En definitiva, el diagnóstico de cáncer causa un gran impacto emocional que hace que la persona que sufre desarrolle unas actitudes y unas estrategias de afrontamiento para el control emocional. Es en este momento cuando el entorno (familia, amigos, compañeros de trabajo) deben ser el soporte, el foco de apoyo que esa persona necesita para seguir su lucha contra la enfermedad y que esta interfiera lo menos posible en sus actividades cotidianas.

La valoración de los resultados en el tratamiento del cáncer se ha basado en medidas de tipo biomédico; actualmente está aumentando el interés por la evaluación del impacto de la enfermedad a nivel de la salud física, psíquica y social de la paciente; y es aquí donde entran los factores resilientes o pilares de la resiliencia así como el valor de la imagen corporal como parte o no de la recuperación de la paciente y la lucha interna por el miedo a morir en el tratamiento, tanto radical o farmacológico.

II.2. Pregunta de investigación.

¿Cuál es la asociación de la Imagen Corporal con la Resiliencia Nómica y Autoestima Alta en pacientes con cáncer de mama en el Grupo de Recuperación Total Reto A.C, México Distrito Federal, 2013?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. Epidemiológica.

En las mujeres mexicanas, a partir del año 2006, el carcinoma mamario se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2009 ocurrieron 4,964 decesos atribuibles al cáncer de mama, lo que representó el 2% del total de defunciones ocurridas en mujeres. Esto significa que en ese último año murieron por cáncer de mama casi 14 mujeres cada día.

Al igual que en el resto del mundo, la tasa de mortalidad se eleva con la edad, de manera que éste es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del cáncer de mama. La tasa de mortalidad específica para el año 2009 en el grupo de mujeres de 40 a 49 años de edad fue de 14.9 por 100 mil; en las de 50 a 59 años de edad de 29.1, en las mujeres de 60 a 69 de 37.0 y en las de 70 y más años de edad la mortalidad fue de 53.1 por 100 mil.

Se estima que la incidencia y la mortalidad seguirán aumentando de manera importante debido al envejecimiento poblacional, a los cambios en los patrones reproductivos, a una mayor prevalencia de los factores de riesgo y a los problemas para el acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuados; es por ello que la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama deberá ser el instrumento que oriente el desarrollo del programa de cáncer de mama de manera sistemática y sostenida a fin que en el mediano plazo se cuente con la infraestructura necesaria tanto física como de recursos humanos altamente capacitados, tendiente a alcanzar la mayor cobertura de las mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama y por supuesto a recibir los tratamientos que garanticen su recuperación.

III.2. Social.

El cáncer de mama constituye una amenaza para la estabilidad de salud de las mujeres y la integración familiar, así como para los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto. Ya que representa un impacto para la sociedad y este es grave ya que en

ocasiones las mujeres se aíslan por no sentirse ya parte de su grupo por el hecho de tener cáncer.

III.3. Académica:

De acuerdo al Reglamento Interno de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México; obtener el diploma de Especialista en Salud Pública, en base en el Título 4º de los Estudios de Posgrado, en su Capítulo III de los Diplomas y Grados, Artículo 74 y 75 de dicho reglamento.

III.4. Económica:

El Cáncer de mama, implica un gasto catastrófico para las instituciones de salud, así como a las familias; y peor aun cuando las pacientes no cuentan con seguridad social, el gasto en ocasiones no se puede sustentar. Y esto en ocasiones tiene impacto en las familias ya que las hunde en la pobreza.

III.5 Educativa:

A partir de este estudio se podrán llevar a cabo muchas otros; incluso con la misma población y con otras líneas de investigación científica, así como aportar la Resiliencia en la Imagen Corporal de pacientes con Cáncer de mama.

IV. HIPÓTESIS

La Imagen Corporal está asociada estadísticamente con una Resiliencia Nómica y Autoestima Alta en pacientes con Cáncer de mama en el Grupo de Recuperación Total Reto A.C, México Distrito Federal, 2013

IV.1. Elementos de la hipótesis

IV.1.1. Unidades de Observación: Pacientes con Cáncer de mama, del grupo Reto.

IV.1.2. Variables:

IV.1.2.1 Dependiente: Imagen Corporal

IV.1.2.2 Independientes: Resiliencia nómica y Autoestima alta

IV.1.3. Elementos lógicos: La, y, la, con, en, una, con, un de, asociadas.

V. OBJETIVOS

V.1. Objetivo general:

Determinar que la Imagen Corporal está asociada estadísticamente con una Resiliencia Nómica y Autoestima Alta en pacientes con Cáncer de mama en el Grupo de Recuperación Total Reto A.C, México Distrito Federal, 2013

V.2. Específicos:

- *Identificar la Imagen Corporal en pacientes con Cáncer de mama.
- *Identificar si existe Asociación de Resiliencia con la Imagen Corporal.
- *Determinar si existe Asociación de Autoestima con la Imagen Corporal.
- *Clasificar a las pacientes con Cáncer de mama por Grado de estudios.
- *Clasificar a las pacientes con Cáncer de mama por grupo de edad.
- *Clasificar a las pacientes con Cáncer de mama por tipo de Terapia Oncológica.
- *Clasificar a las pacientes con Cáncer de mama por tipo de intervención Quirúrgica.
- *Clasificar a las pacientes con Cáncer de mama de acuerdo a su Nivel de Ingreso Familiar
- *Clasificar a las pacientes con Cáncer de mama de acuerdo a su creencia Religiosa.
- *Clasificar a las pacientes con Cáncer de mama de acuerdo a su Resiliencia.
- *Clasificar a las pacientes con Cáncer de mama de acuerdo a su Autoestima.
- *Clasificar a las pacientes con Cáncer de mama de acuerdo a su Imagen Corporal

VI. MÉTODO

VI.1. Tipo de Estudio.

El tipo de estudio se realizó de manera: Transversal, Prospectivo, Descriptivo, Observacional.

VI.2. Diseño de Estudio.

Se aplicó un cuestionario único que consta de 3 secciones; indicando previamente a las pacientes de que trato el estudio, así como se dio a firmar una hoja de consentimiento informado; posteriormente se elaboraron cuadros y tablas de frecuencias.

VI.3. Operacionalización de Variables.

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicador	Ítems
Resiliencia Nómica	Capacidad potencial que tiene un individuo para afrontar la adversidad y salir fortalecido de ella	La capacidad que tiene cada una de las pacientes de cáncer de mama para salir de su adversidad.	Cualitativa Nominal	-Resiliente Nómica -Anomía Asiliente	1-19
Autoestima	Es un juicio personal de valor que se expresa en actitudes de la persona hacia sí misma. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta qué punto la persona se considera capaz, importante, con éxito y digna.	El sentimiento de amor así misma de cada paciente con cáncer de mama, y que la hace sentirse merecedora de recuperarse.	Cualitativa Nominal	-Autoestima baja: Puntuación menor de 25 puntos en el Test de Rosenberg. -Autoestima regular: Puntuación de 26 a 29 puntos en el Test de Rosenberg -Autoestima alta: puntuación superior a 29 puntos en el Test de Rosenberg	1-10
Imagen Corporal		Concepto en el cual se ve inmerso como cada una de las pacientes de cáncer de mama percibe su cuerpo, de manera integrada.	Cualitativa Nominal	-Percepción Adecuada: puntuación de 0 a 15 puntos en el cuestionario de Bis Hopwood -Percepción Inadecuada: puntuación de 16	1-12

				a 30 puntos en el cuestionario de Bis Hopwood	
Tratamiento oncológico	Las terapéuticas oncológicas actuales son multidisciplinarias con múltiples métodos, solos o combinados, siendo la cirugía temprana el método con mayor tasas de curaciones. Las diferentes estrategias disponibles para realizar terapéutica oncológica son: A. Cirugía B. Radioterapia C. Hormonoterapia D. Inmunoterapia E. Quimioterapia	Manejo Oncológico al cual son, han sido sometidas o llevarán a cabo cada una de las pacientes con cáncer de mama al momento de realizar la investigación	Cualitativa Nominal	-Cirugía -Radioterapia -Hormonoterapia -Inmunoterapia -Quimioterapia	Anexo I (11)
Tipo de intervención Quirúrgica	Mastectomía radical: cirugía para extirpar la mama que contiene cáncer, los músculos de la pared del pecho de abajo de la mama y todos los ganglios linfáticos de abajo del brazo. Tumorectomía: que es un tipo de cirugía conservadora.	Tratamiento de tipo quirúrgico al cual se han sometidos las pacientes con cáncer de mama hasta el momento del estudio	Cualitativa Nominal	-Mastectomía Total -Tumorectomía	Anexo I (12)
Grupo de Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de cualquier ser vivo	Edad en años cumplidos de cada de una de las pacientes de cáncer de mama.	Cuantitativa Discreta	-Menos de 25 años -25-29 años -30-34 años -35-39 años -40-44 años -45-49 años -50-54 años -55-59 años -Más de 60	Anexo I (10)
Grado escolar	Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza	Estudios concluidos de las pacientes de cáncer de mama en protocolo de estudio	Cualitativa Ordinal	-Ninguna -Primaria -Secundaria -Preparatoria -Licenciatura -Otra	Anexo I (5)
Ocupación	El término, que proviene del latín ocupatio, se utiliza como sinónimo de	Empleo u oficio al que se dedica cada paciente de cáncer de mama para su	Cualitativa Nominal	-Ama de casa -Comerciante -Empleada -Otra	Anexo I (6)

	trabajo, oficio, empleo y actividad.	manutención.			
Religión	Parte de la actividad humana consistente en creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual.	Práctica personal de creencia de tipo sagrado, divino o religioso que lleven a cabo las pacientes de cáncer de mama.	Cualitativa Nominal	-Católica -Cristianismo -Budismo - Protestantes -Evangélicos -Judíos -Ninguna	Anexo I (9)
Nivel de Ingreso familiar	Suma de todos los sueldos, salarios, ganancias, pagos de interés, alquiler, transferencias y otras formas de ingreso de una familia en un período determinado.	Cantidad de dinero que percibe toda la familia para sus necesidades básicas de las pacientes con cáncer de mama.	Cuantitativa Continua	-10,000 o más -Entre 4,000 y 9,999 -Igual o menor de 3,999	Anexo I (7)
Estado Civil	Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Estado Civil que tienen las pacientes con cáncer de mama en el momento actual.	Cualitativa Ordinal	-Soltera -Casada -Unión Libre -Divorciada -Viuda	Anexo I (4)

VI.4. Universo de Trabajo

- *Pacientes con cáncer de mama y con mastectomía radical o parcial
- *Pacientes que se encuentren en tratamiento con Quimioterapia y Radioterapia.
- *Pacientes que acuden al Grupo Reto a pláticas de autoayuda
- *Pacientes del Grupo Reto de cualquier edad.
- *Pacientes del Grupo Reto de cualquier Nivel Socioeconómico.

VI.4.1. Criterios de Inclusión

- *Mujeres con cáncer de mama del grupo Reto.
- *Mujeres que firmaron voluntariamente participar en la investigación.

VI.4.2. Criterios de Exclusión

- *Mujeres que no desearon participar en la Investigación.

VI.4.3. Criterios de Eliminación

*Mujeres que contestaron parcialmente el cuestionario de Investigación.

*Cuestionario contestado de manera incorrecta.

VI.5 Instrumento de Investigación.

- Cédula de Identificación (Anexo I)
- Cuestionario de Resiliencia de Edith Grotberg
- Cuestionario de Autoestima de Rosenberg
- Cuestionario de Imagen Corporal de Bis Hopwood.

VI.5.1. Descripción.

Se utilizó una cédula única de Identificación de la paciente con variables sociodemográficas y de diagnóstico actual; un cuestionario de Resiliencia que fué de 19 preguntas tipo Likert; la escala BIS de Hopwood integradas por diez preguntas escala tipo Likert y el tercer Cuestionario es sobre la escala de Autoestima de Rosenberg que consta de 10 ítems, frases de las que 5 están enunciadas en forma positiva y cinco en forma negativa.

VI.5.2. Validación

Los reactivos del Instrumento fueron validados con anterioridad:

- Resiliencia: Grotberg
- Imagen Corporal: Bis Hopwood 2001.
- Autoestima: de Autoestima de Rosenberg 1965.

VI.5.3. Aplicación

Los cuestionarios se aplicaron por el investigador

VI.6 Desarrollo del proyecto

Se llevó a cabo en la Colonia Escandón, Calle Benjamín Franklin, México, Distrito Federal, en el Grupo de Recuperación Total Reto de pacientes con Cáncer de mama y se aplicó el cuestionario único por el investigador, a las mujeres que cubrieron los criterios de inclusión en la fecha programada en el cronograma, los datos obtenidos se guardaron para su análisis, y presentación de resultados obtenidos.

VI.7 Límite de Espacio

En las instalaciones del Grupo de Recuperación Total Reto, con ubicación en Benjamín Franklin, No 64, Colonia Escandón.

VI.8 Diseño de Análisis

Pruebas Estadísticas: se realizó una prueba de asociación chi cuadrada

VI.9 Límite de Tiempo

De Junio 2012 a Junio 2013

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Con base en los derechos de las participantes y con fundamento en la Asociación Médica Mundial que ha promulgado la Declaración de Helsinki; está investigación se realizó con ética y siempre protegiendo los derechos de las participantes, su intimidad, dignidad y con celo profesional de todas y cada una de ellas.

Se explicó el propósito de la Investigación, explicando lo importante del estudio y que siempre lo más importante es que la paciente se sienta bien; así como se entregó una hoja de conocimiento informado de manera comprensible y explicando verbalmente en caso de no quedar claro el procedimiento, la participante firmó de manera libre su decisión de participar en dicha investigación.

Respetando siempre el estado emocional de la paciente por la enfermedad que tiene al momento de contestar el cuestionario.

VIII. ORGANIZACIÓN

Investigador:

M.C. Alhelí Hernández Ojeda

Directores de Tesis:

PH. D. Mario Enrique Arceo Guzmán

Dr. en Hum. Arturo García Rillo

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados:

El objetivo de este trabajo fue observar la asociación de la Imagen Corporal con la Resiliencia y la Autoestima en pacientes con Cáncer de mama. Los resultados obtenidos se muestran a continuación.

En pacientes con Resiliencia Nómica se observó que el valor más alto de autoestima (27%) está asociado a pacientes con la Imagen Corporal Inadecuada más alta (33.3%) (Gráfico 1). Este grupo de asociación representa el 60% de la población en estudio.

Por otro lado, dentro del grupo de pacientes con Anomia Asiliente, aquellos con imagen corporal inadecuada y autoestima baja alcanzaron el porcentaje más alto dentro de este grupo de asociación, no obstante sólo representaron el 15% de la población en estudio. En este mismo grupo se registró la asociación con menor porcentaje en la población en estudio (3.33%), la cual estuvo integrada por pacientes con Imagen Corporal Inadecuada y Autoestima Alta.

Por otro lado en una investigación en Puerto Rico en pacientes con Cáncer de mama. Y la asociación con Resiliencia en el año de 2011 se encontró que la resiliencia permite que la persona haga frente a situaciones adversas e involucra factores intelectuales, intrapsíquicos e interpersonales. El propósito del trabajo fue explorar la relación mente-cuerpo en la condición y superación luego del tratamiento de cáncer. Los resultados revelan cómo se desarrolla el proceso de significado dado a la enfermedad. Las participantes lucharon por superarse, desarrollando fortalezas cognoscitivas y emocionales durante la recuperación. Así hallaron, el propósito y los aspectos positivos en la vida y hasta vieron la enfermedad como una oportunidad para crecer y beneficiarse

El 43.3% de la población en estudio presentó una Imagen Corporal adecuada, en tanto que el 56.7% presentó imagen Corporal Inadecuada (Gráfico 2).

En las 60 pacientes del Grupo Reto con cáncer de mama se observó un mayor porcentaje de pacientes con Imagen Corporal inadecuada (43%) en comparación con aquellas con Imagen Corporal Adecuada (57%) (Gráfico 3).

En cuanto a la Imagen Corporal con asociación a Autoestima, se encontró que la asociación de Imagen Corporal Inadecuada con Autoestima baja representó el 28.3% de la población en estudio, siendo la asociación de Imagen Corporal Adecuada con Autoestima Alta la que presentó el valor más bajo (10%) (Gráfico 4).

El grado de estudio de las pacientes del Grupo Reto fue predominantemente de Secundaria (26.6%), seguido por el nivel Primaria (21.6%) y Licenciatura (18.6%). Finalmente, el porcentaje de pacientes que no tuvieron acceso a algún nivel de educación fue sólo del 6.6% (Gráfico 5).

En cuanto a la edad de las pacientes, el grupo de edad predominante fue el de 50-54, con el 56.6% de la población en estudio (Gráfico 6).

Así mismo en los resultados encontrados, se tiene ya en la literatura del año 2007, en donde se encontró una serie de variables que podían afectar a la imagen corporal y la autoestima, y éstas han sido las variables sociodemográficas de edad, estado civil, nivel de estudios, y trabajo fuera de casa, las variables médicas de tipo de cirugía y tipo de tratamiento y la variable de apoyo social percibido. Las variables sociodemográficas no mostraron tener ningún efecto en cuanto a la Imagen Corporal y la Autoestima en cualquiera de los momentos en las que se midieron, lo cual sorprende, ya que la literatura muestra que la edad y el estado civil suelen estar asociados a variaciones en estas variables

En las pacientes con cáncer de mama del grupo de estudio, la terapia oncológica más frecuente fue la cirugía (58.3%), seguida de la quimioterapia (30%) y la radioterapia (6.8%), siendo la menos frecuente la hormonoterapia (1.6%) (Gráfico 7).

Dentro del subgrupo de pacientes con intervención quirúrgica la mastectomía total fue la cirugía más frecuente con el 93.3%, en tanto que la tumorectomía sólo se realizó en el 6.7% de las pacientes (Gráfico 8).

En cuanto al ingreso familiar, el 56.6% de las pacientes se encontró dentro del rango igual o menor a \$3,999.00 pesos, siendo el rango menor representado el de \$10,000.00 pesos o más con el 13.4% (Gráfico 9).

El 80% de las pacientes reportó profesar la religión católica; el 10% dijeron ser evangélicas; el 6.7% profesan algún tipo de Cristianismo y sólo el 3.3% dijeron no tener religión (Gráfico 10).

El porcentaje de pacientes Resilientes Nómicas fue del 60%, en tanto que el 40% fueron Anomias Asilientes (Gráfico 11).

En otro estudio de Resiliencia del año 2007 en Argentina; en pacientes con cáncer de mama y de Calidad de Vida encontraron, fue la asociación positiva de la variable resiliencia y la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama. De manera específica el uso de apoyo social, fortaleza, sentido de vida e identidad en resiliencia, incrementó la calidad de vida en las mujeres

En lo que se refiere a la Autoestima, predominaron las pacientes con autoestima baja (50%), en tanto que las pacientes con autoestima regular y alta alcanzaron 25% cada una (Gráfico 2).

Como se esperaba, la imagen corporal de las pacientes fue inadecuada en el 56.6% de ellas y adecuada sólo en el 43.4% (Gráfico 13).

Se realizaron asociaciones mediante la prueba de Chi cuadrada, de manera general con la variable dependiente Imagen Corporal y Resiliencia Nómica y Anomia Asiliente el resultado de χ^2 calculado fue de 0.1 comparado con el valor de la tabla de ...muestra que existe una asociación estadísticamente significativa. Así mismo una χ^2 de tabla 2x2, para las mismas variables se presentó un resultado de Chi calculada de 7.85, comparado con el valor de la tabla que es de 3.841 nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa. Por tal motivo se rechaza la Hipótesis nula, que a la letra dice: La Imagen Corporal no está asociada estadísticamente con una Resiliencia Nómica y Autoestima Alta en pacientes con Cáncer de mama en el Grupo de Recuperación Total Reto A.C, México Distrito Federal, 2013; por lo que se demostró la presencia de asociación entre la variable dependiente y la variables independientes

que son Autoestima y Resiliencia; al rechazarse la Hipótesis nula, mediante esta prueba se comprueba la Hipótesis alterna demostrando que se encuentra una asociación estadísticamente significativa.

X. CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro 1.

Resiliencia nómica y la Autoestima con Imagen corporal en pacientes del Grupo Reto, 2013.

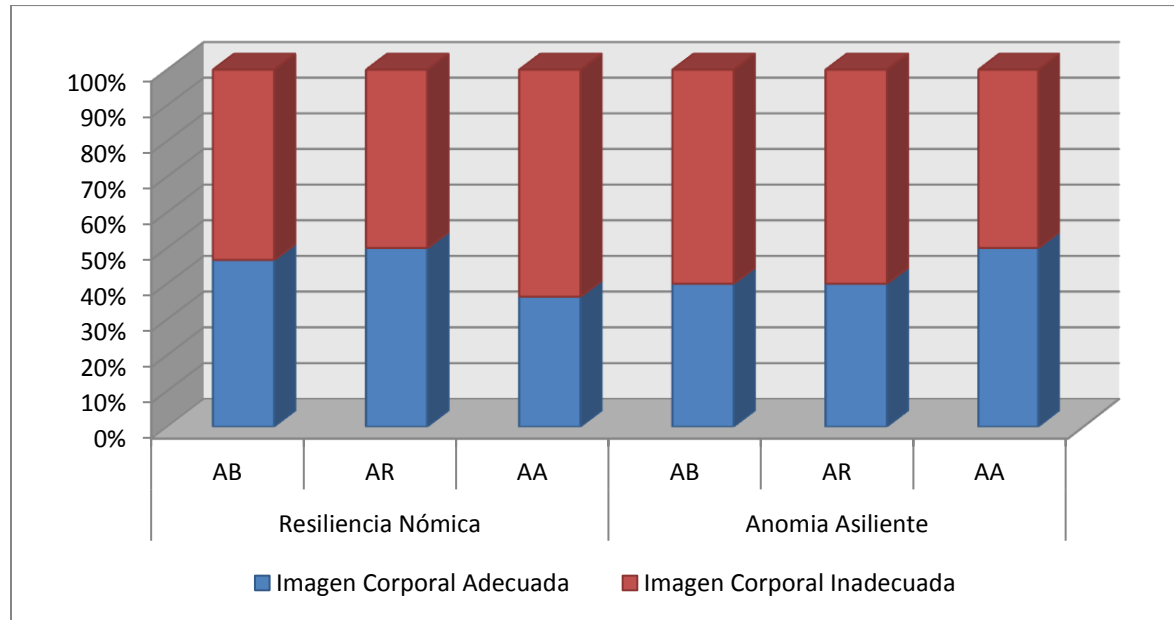
Resiliencia Nómica Autoestima	Resiliencia Nómica						Subtotal		Anomia Asiliente						Subtotal		Total	
	baja		regular		Alta		F	%	baja		regular		alta		F	%	F	%
	F	%	F	%	F	%			F	%	F	%	F	%				
Imagen Corporal																		
Adecuada	7	11.70	5	8.33	4	6.66	16	26.69	6	10.0	2	3.33	2	3.33	10	16.66	26	43.45
Inadecuada	8	13.33	5	8.33	7	11.66	20	33.33	9	15.0	3	5.0	2	3.33	14	23.33	34	56.66
Total	15	25.00	10	16.66	11	18.32	36	60.00	15	25.0	5	8.33	4	6.66	24	40.00	60	100.00

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Fuente: Concentrado de Datos

Gráfico 1

Resiliencia Nómica y Autoestima con Imagen Corporal en pacientes con Cáncer de mama en Grupo Reto, 2013.



Notas aclaratorias: AB=Autoestima Baja, AR= Autoestima Regular, AA=Autoestima Alta
Fuente: Cuadro 1

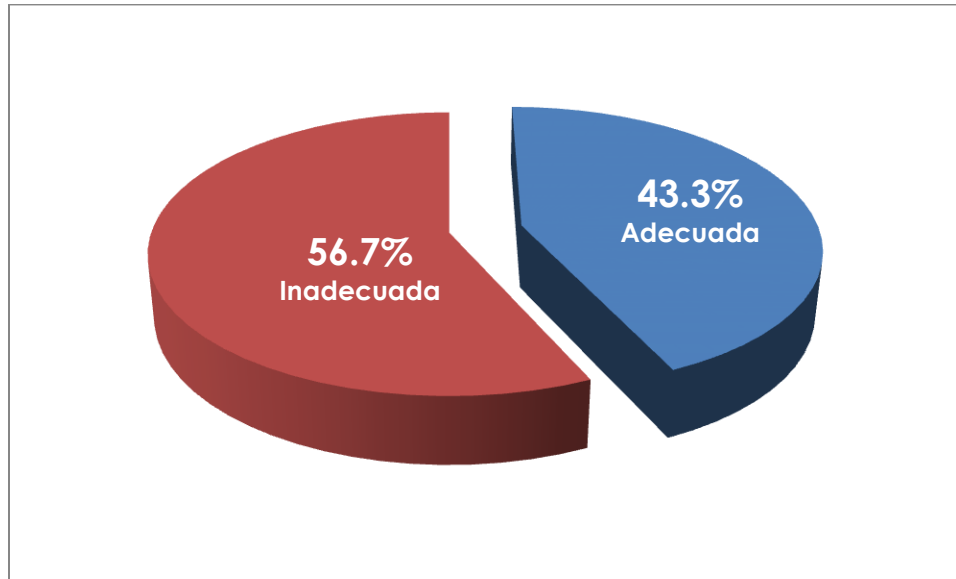
Cuadro 2

Imagen corporal en pacientes con Cáncer de mama en Grupo Reto, 2013.

Imagen Corporal					
Adecuada		Inadecuada		Total	
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
26	43.30	34	56.70	60	100

Fuente: Concentrado de Datos

Gráfico 2
Imagen Corporal en pacientes con Cáncer de mama en Grupo Reto, 2013.



Fuente: Cuadro 2.

Cuadro 3.

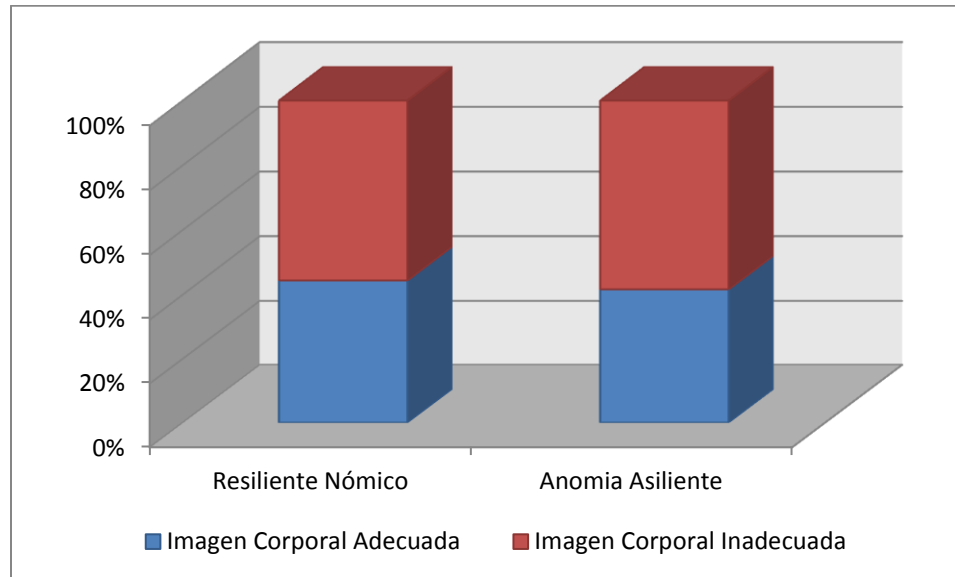
Resiliencia e Imagen Corporal en pacientes con Cáncer de mama en Grupo Reto, 2013.

Resiliencia Imagen Corporal	Resiliente Nómico		Anomia Asiliente		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	16	26.67	10	16.67	26	43.34
Inadecuada	20	33.33	14	23.33	34	56.66
Total	36	60.00	24	40.00	60	100.00

Notas aclaratorias: F= Frecuencia, %= Porcentaje

Fuente: Concentrado de Datos

Gráfico 3
Resiliencia e imagen corporal en pacientes con cáncer de mama en
Grupo Reto, 2013.



Fuente: Cuadro 3

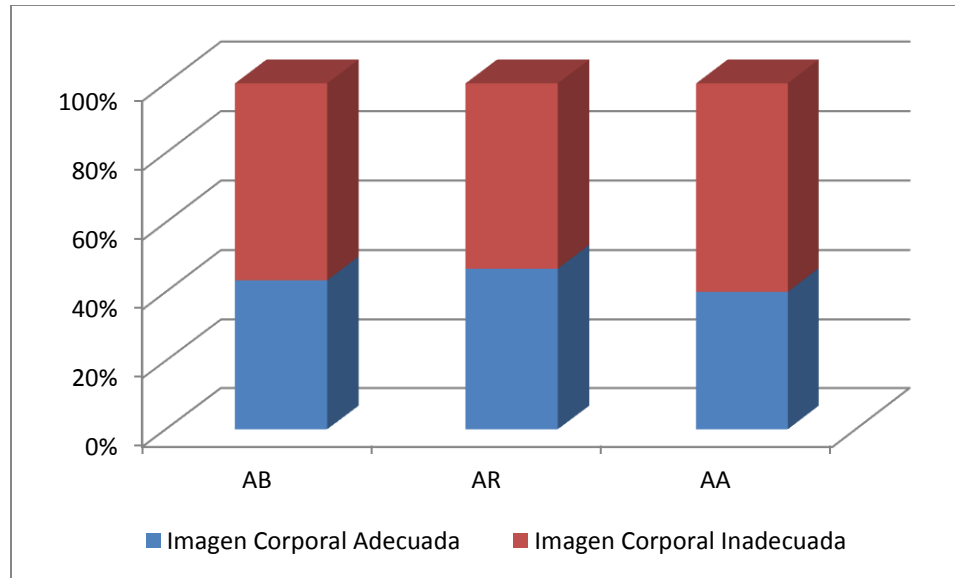
Cuadro 4.
Autoestima e Imagen Corporal en pacientes con Cáncer de mama en Grupo Reto, 2013.

IMAGEN CORPORAL \ AUTOESTIMA	ADECUADA		INADECUADA		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Baja	13	21.67	17	28.33	30	50.00
Regular	7	11.67	8	13.33	15	25.00
Alta	6	10.00	9	15.00	15	25.00
Total	26	43.34	34	56.66	60	100.00

Fuente: Concentrado de Datos

Gráfico 4

Autoestima e Imagen Corporal en pacientes con Cáncer de mama en Grupo Reto, 2013.



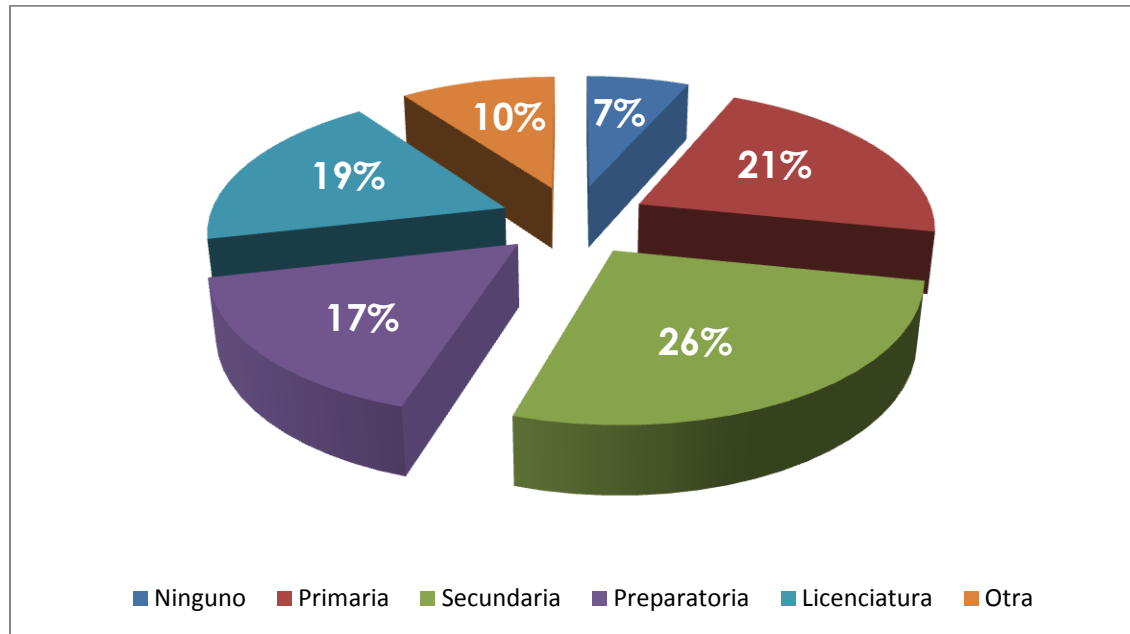
Fuente: Cuadro 4

Cuadro 5.
Pacientes con Cáncer de Mama del Grupo Reto por Grado de estudios, 2013.

GRADO ESCOLAR	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	4	6.6
Primaria	13	21.6
Secundaria	16	26.6
Preparatoria	10	16.6
Licenciatura	11	18.6
Otra	6	10.0
Total	60	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico 5
Pacientes con Cáncer de Mama del Grupo Reto por Grado Escolar, 2013.



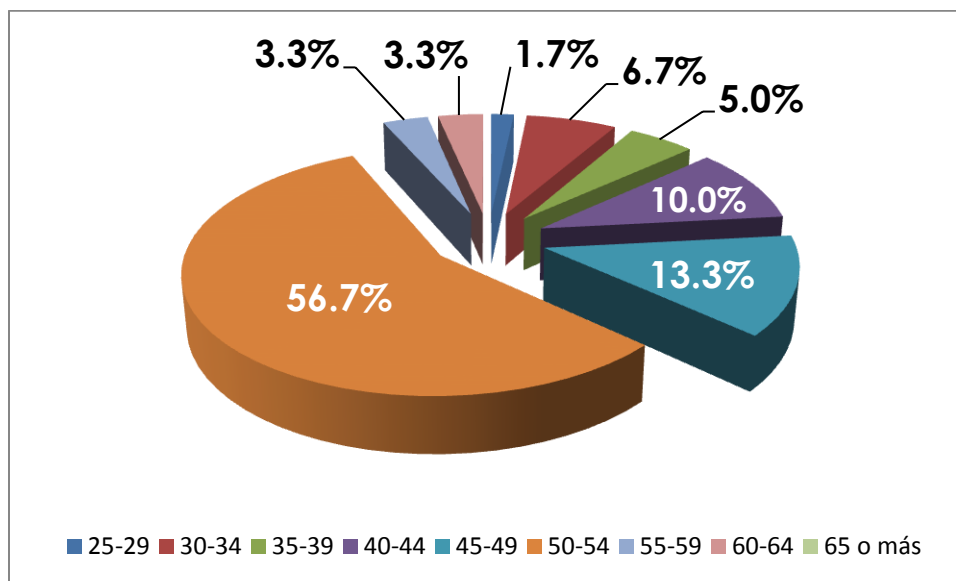
Fuente: Cuadro 5

Cuadro 6.
Grupo de edad en pacientes con Cáncer de mama del Grupo Reto, 2013.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
25-29	1	1.67
30-34	4	6.67
35-39	3	5.00
40-44	6	10.00
45-49	8	13.33
50-54	34	56.67
55-59	2	3.33
60-64	2	3.33
65 o más	0	0.0
Total	60	100.00

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico 6
Grupo de edad en pacientes con Cáncer de mama del Grupo Reto, 2013.



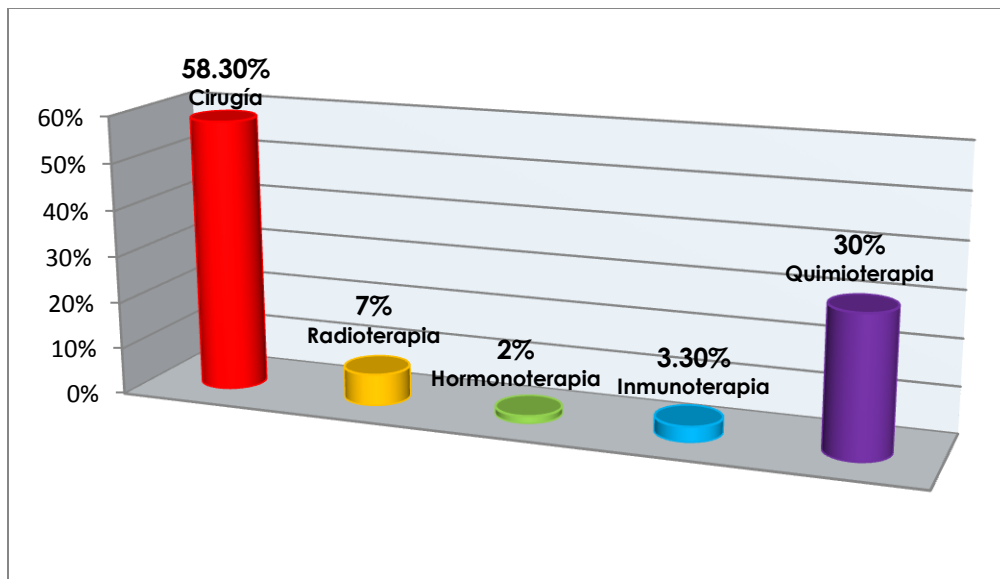
Fuente: Cuadro 6

Cuadro 7.
Pacientes con Cáncer de Mama del Grupo Reto A.C. según terapia oncológica, 2013.

Terapia oncológica	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	35	58.30
Radioterapia	4	6.80
Hormonoterapia	1	1.60
Inmunoterapia	2	3.30
Quimioterapia	18	30.00
Total	60	100.00

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico 7
Pacientes con Cáncer de Mama del Grupo Reto A.C. según terapia oncológica, 2013



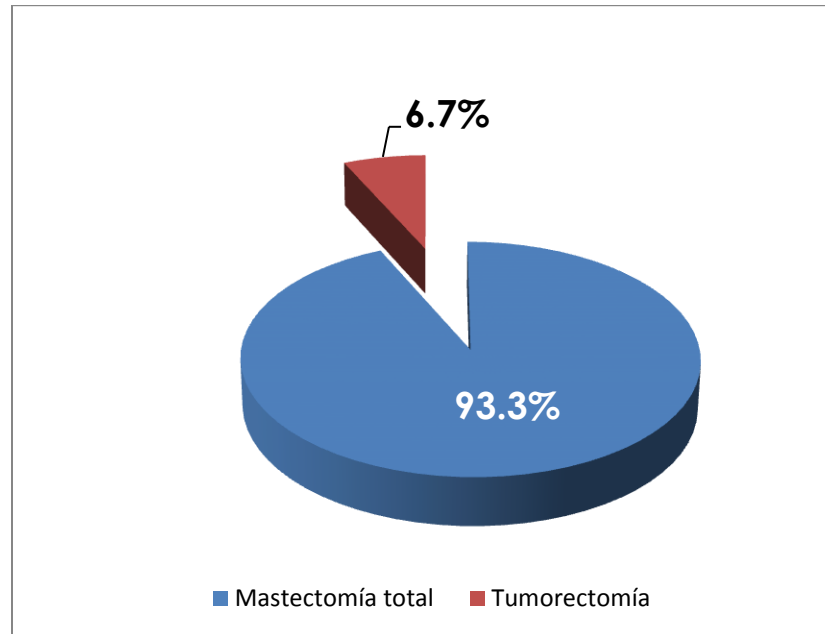
Fuente: Cuadro 7

Cuadro 8.
Intervención quirúrgica en pacientes con Cáncer de mama del grupo Reto, 2013.

Tipo de Intervención Quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Mastectomía total	56	93.30
Tumorectomía	4	6.70
Total	60	100.00

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico 8.
Intervención quirúrgica en pacientes con Cáncer de mama del grupo Reto, 2013.



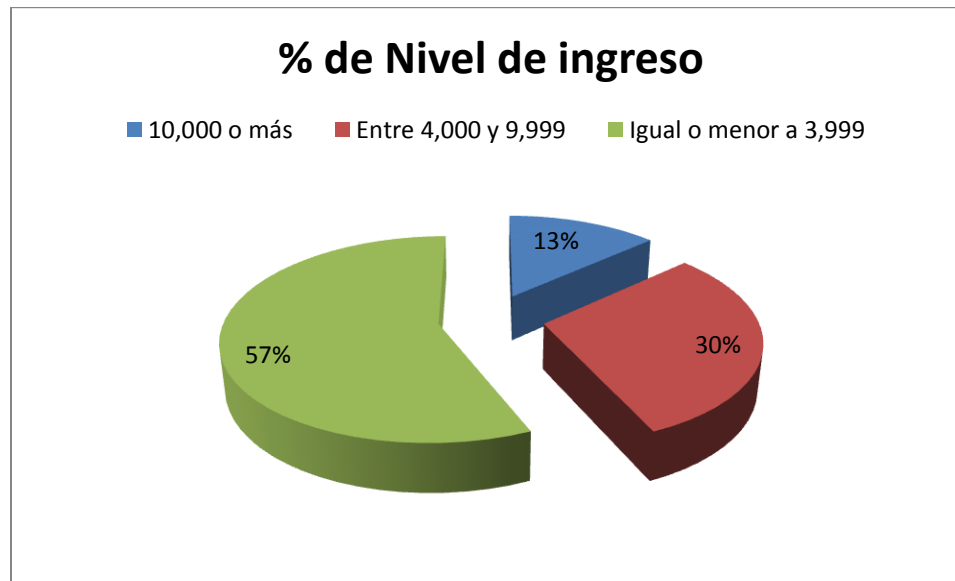
Fuente: Cuadro 8

Cuadro 9.
Nivel de ingreso familiar en pacientes del Grupo Reto, 2013.

Nivel de ingreso familiar	Frecuencia	Porcentaje
10,000 o más	8	13.40
Entre 4,000 y 9,999	18	30.00
Igual o menor a 3,999	34	56.60
Total	60	100.00

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico 9.
Nivel de ingreso familiar en pacientes del Grupo Reto, 2013.



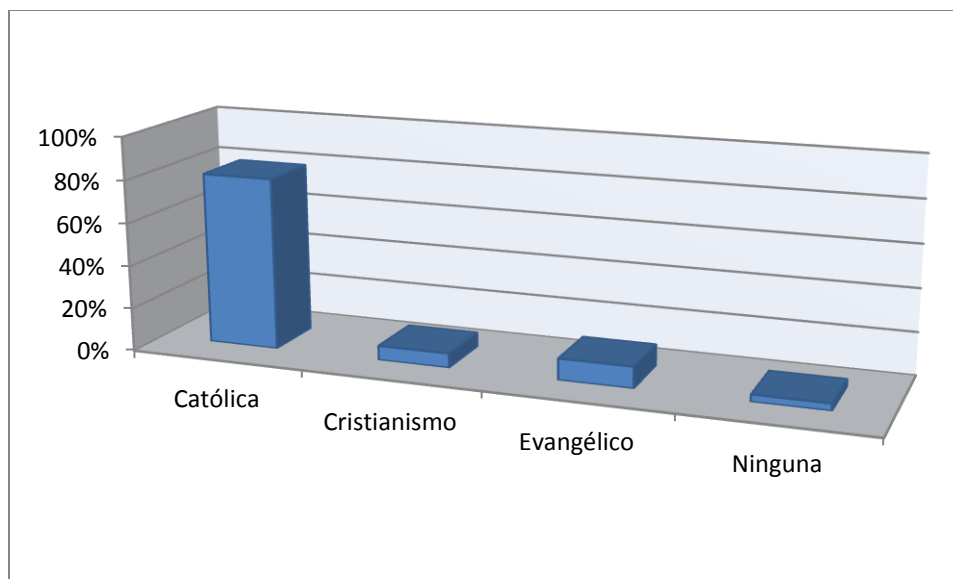
Fuente: Cuadro 9

Cuadro 10.
Creencia religiosa en pacientes con Cáncer de mama del Grupo Reto 2013.

Creencia religiosa	Frecuencia	Porcentaje
Católica	48	80.00
Cristianismo	4	6.70
Evangélico	6	10.00
Ninguna	2	3.30
Total	60	100.00

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico 10.
Creencia religiosa en pacientes con Cáncer de mama del Grupo Reto 2013.



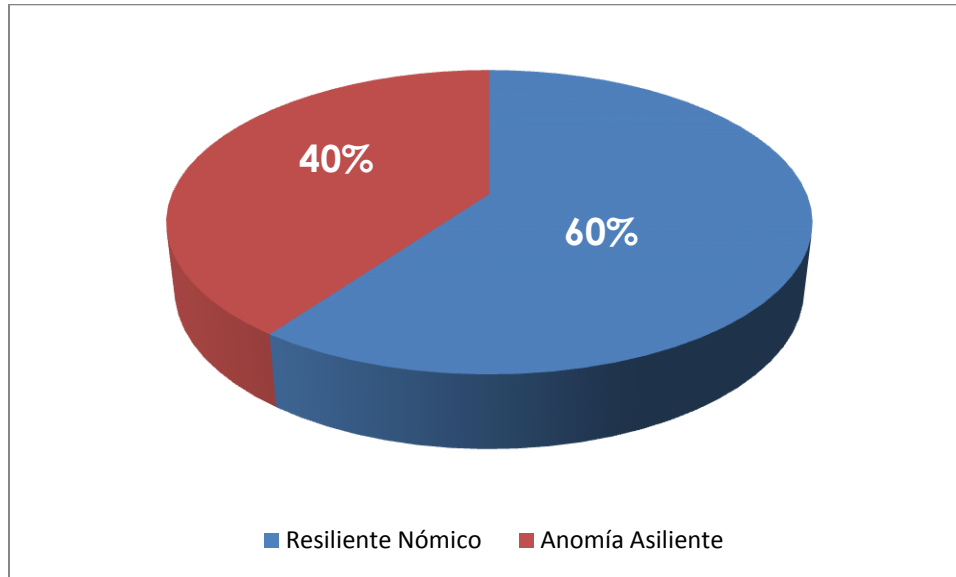
Fuente: Cuadro 10

Cuadro 11.
Resiliencia en pacientes con Cáncer de mama del Grupo Reto 2013.

Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
Resiliente Nómico	36	60.00
Anomía Asiliente	24	40.00
Total	60	100.00

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico 11.
Resiliencia en pacientes con Cáncer de mama del Grupo Reto 2013.



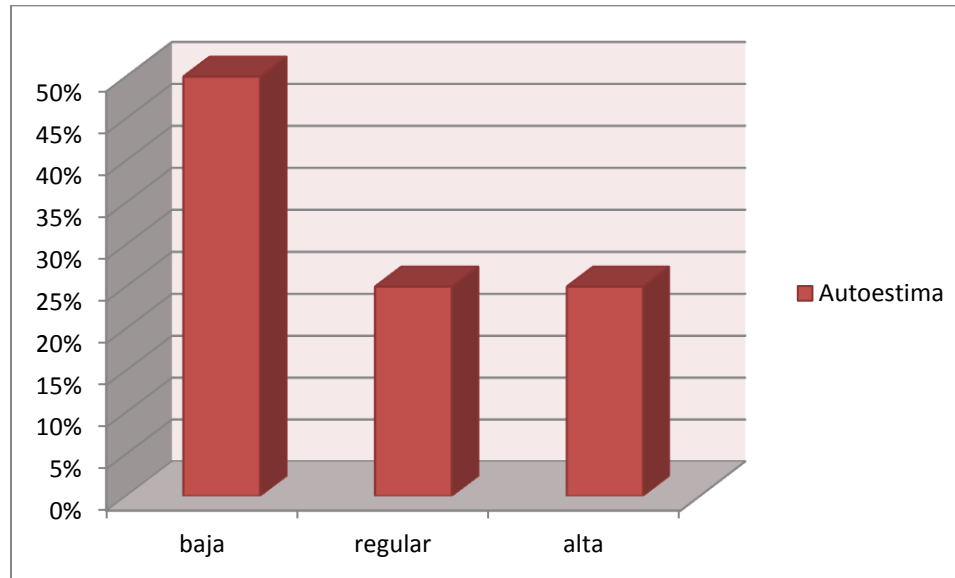
Fuente: Cuadro 11

Cuadro 12.
Autoestima en pacientes con Cáncer de mama del Grupo Reto 2013.

Autoestima	Frecuencia	Porcentaje
baja	30	50.00
regular	15	25.00
alta	15	25.00
Total	60	100.00

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico 12
Autoestima en pacientes con Cáncer de mama del Grupo Reto 2013.



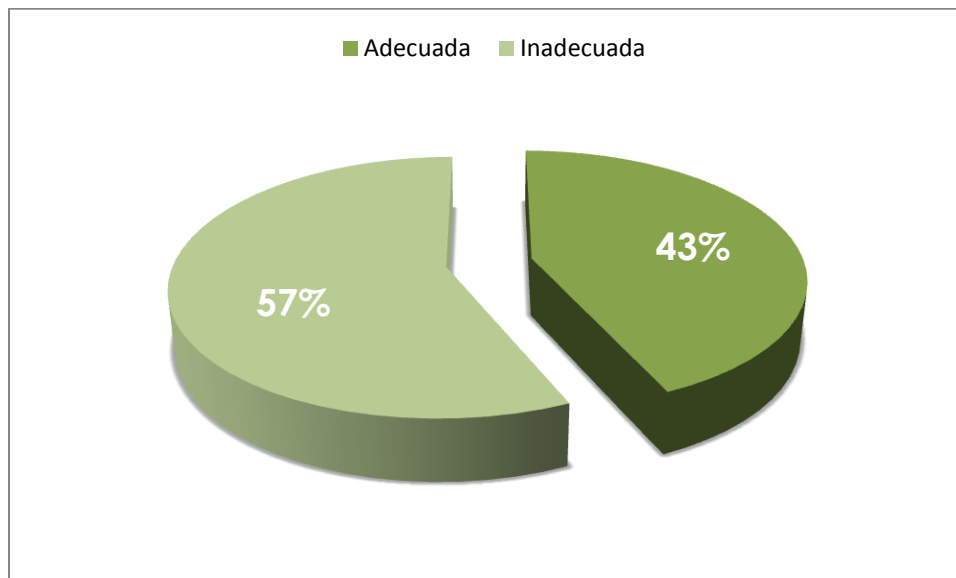
Fuente: Cuadro 12

Cuadro 13.
Imagen corporal en pacientes con Cáncer de mama del Grupo Reto, 2013.

Imagen corporal	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	26	43.40
Inadecuada	34	56.60
Total	60	100.00

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico 13.
Imagen corporal en pacientes con Cáncer de mama del Grupo Reto, 2013.



Fuente: Cuadro 13

XI. CONCLUSIONES

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento desmedido de células que pueden presentar metástasis a otros lugares del cuerpo. Su origen puede estar relacionado con factores externos como el consumo de tabaco o de hormonas, con la exposición a contaminantes o con factores internos como la herencia, mutaciones genéticas, alteraciones en el metabolismo o del sistema inmune del organismo. Estos factores pueden actuar en conjunto o en secuencia para provocar el cáncer.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista biológico sino también desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos, así como la amenaza que puede suponer para la vida, la paciente tiene que adaptarse a cambios importantes generados por su padecimiento en varios aspectos, como son los cambios en su imagen corporal, en su estado anímico y en sus actitudes. Estas alteraciones debidas al cáncer influyen de forma negativa en la imagen que la paciente de sí misma. El tipo de cirugía utilizada en el tratamiento del cáncer de mama ha sido un factor importante que repercute negativamente en la imagen corporal de las mujeres afectadas.

Se concluye que el cáncer de mama es un problema de salud pública de los países desarrollados y en vías de desarrollo.

El Cáncer de mama es una enfermedad que debe ser considerada por los Sistemas de Salud Pública ya que es un padecimiento que se presenta en todo el mundo y las personas afectadas por ella exhiben alteraciones que repercuten en su vida, en muchos casos, de manera irreversible, alterando su entorno familiar, social y económico, ya que se pone en riesgo su vida. Por lo tanto desde el primer momento en que se diagnóstica está enfermedad también se ve afectada la salud de la familia de la paciente: se pueden ver casos de apoyo, y en otros de abandono, incluso en el mismo núcleo familiar.

Cuando se trata de una persona económicamente activa su área laboral y, por ende, el entorno familiar, son alterados debido a que con mucha frecuencia las mujeres son el sustento familiar, así mismo, si se trata de madres solteras, al enfermar éstas dejan

desamparada a su familia y demandan cuidados especiales que normalmente rompen el núcleo familiar.

En cuanto a la parte afectiva, la mujer con Cáncer de mama deberá tener en cuenta el grado en que la enfermedad afectará su Imagen Corporal y su Autoestima; tendrá que buscar apoyo, multidisciplinario y, por supuesto, en su familia. En este marco, la intención del presente trabajo fue encontrar la asociación entre la Autoestima y la Imagen Corporal con la Resiliencia, ya que esta última puede ser un factor determinante en la recuperación integral de las pacientes.

Con el empleo de algunos conceptos de autoayuda es posible brindar un apoyo más amplio a estas pacientes. Siendo mujeres o habiendo mujeres en casa existe el riesgo latente de que éstas puedan ser candidatas a padecer Cáncer de mama.

Por lo tanto la importancia de este tipo de investigaciones radica en reconocer que la Resiliencia es un capacidad innata que determina la capacidad de recuperación de las pacientes con Cáncer de mama. De éste trabajo se puede concluir que una Autoestima Alta o una Imagen Corporal adecuada son suficientes para presentar Resiliencia Nómica en pacientes con Cáncer de mama.

XII. RECOMENDACIONES

Se espera que este estudio exploratorio pueda servir de base para futuras investigaciones en las que se amplíe y midan los factores de Resiliencia, del valor del sistema de apoyo, de la espiritualidad.

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en el mundo. En años recientes se observó incremento paulatino en su frecuencia, sobre todo en países en vías de desarrollo como México. Llegó a ser la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres, debido a que la mayor parte de los casos se diagnostican en fases avanzadas, con bajas probabilidades de curación.

Por lo tanto por tratarse el Cáncer de mama de una enfermedad como problema de la Salud Pública, se debe de incrementar en primer lugar la prevención para dicha enfermedad a nivel público y privado del sector salud en este tipo de enfermedades debe de haber una unión y acuerdo, ya que es un tipo de enfermedad prevenible de encontrarse factores de riesgo; así como realizar más investigaciones respecto al estado global de este tipo de pacientes y ver mediante talleres la forma de ayudar desde un punto de vista psicológico, contar con un apoyo de tipo comunitario, o talleres de resiliencia para que no se vea afectada tanto su Imagen corporal y la Autoestima de estas pacientes.

Se considera importante la ampliación de los programas educativos de la resiliencia ya que es un concepto que debiera ser de la opinión pública general y no solo en casos extremos en los que se ve amenazada la vida.

Así como incrementar talleres para el desarrollo de la resiliencia desde la educación básica; y ya específicamente en el grupo de pacientes de este tipo hacer a conciencia cursos de Imagen corporal y Autoestima.

Trabajar con un equipo multidisciplinario conjuntamente para crear planes, en instituciones donde se encuentren estas pacientes con Cáncer de mama.

El presente trabajo presenta un largo y minucioso trabajo con las pacientes por lo que se recomienda la posibilidad de continuar en trabajo con ellas y en otras instituciones para dar a conocer cómo puede ayudar la Resiliencia para afrontar positivamente este

tipo de enfermedades y continuar con estas áreas de investigación, ya que el saber y conocer este tipo de conceptos, puede ser la diferencia entre afrontar de alguna manera diferente el Cáncer de mama.

Como médico buscar implementar y difundir información de la prevención del cáncer de mama, ya que es una enfermedad que se puede prevenir detectando a tiempo factores de riesgo, así como el hecho de evitarlos, teniendo un diagnóstico de Cáncer atacar de manera inmediata esta enfermedad y sus consecuencias; así como canalizar a los lugares pertinentes.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Kotliarenco MA, y Cáceres, I. Estado de arte en resiliencia . OPS, OMS 2011
- 2.- kotliarenco M. Cáceres, I. Fontencilla M. Estado de arte en resiliencia . OPS, OMS 1997.
- 3.- Saavedra, E. Resiliencia: la historia de Ana y Luis, Liberabit, N° 11. Latindex. Edit. Universidad San Martín de Porres. Lima-Perú.2005
- 4.- Krauscopf D. Adolescencia y Educación .EUNED . Costa Rica, 1998
- 5.- Badilla H. Para Comprender el concepto de resiliencia. Revista Costarricense de Trabajo Social (9): 22-29. San José. 1999
- 6.- Krauskopf, D. El fomento de la resiliencia durante la adolescencia. Revista Proniño 2(6): 27-32. 1996
- 7.- Flores OD, Democracia y resiliencia, hacia una cultura de desarrollo humano, 2do congreso internacional sobre paz, democracia y desarrollo, Toluca UAEM. 2009
- 8.- Rutter M, La resiliencia: consideraciones conceptuales. En: Journal of Adolescent Health, vol 14, nº8. 1993.
- 9.- Real Academia española, diccionario de la lengua española, vigésima segunda edición, Madrid.2001.
- 10.- Saavedra E, La Emoción como Construcción de Significados. Patio, Revista Pedagógica. N° 27 Agosto- Octubre. ISSN 1518-305X, Brasil. 2003
- 11.- Wolin S, The resilient self.New York: Willard 1993.
- 12.- Guimón J, Los lugares del cuerpo. Barcelona. Paidos.1999.
- 13.- Cash TF, Pruzinsky T,. Body images: development, deviance and changes. Nueva york. Guilford Press. 1990.
- 14.- Rosen, J.C. "The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy". Cognitive and Behavioral Practice, 2, 143-166.1995.
- 15.- Grant JR, y Cash, T.F. "Cognitive-behavioral body image therapy:comparative efficacy of groups and modest-contact treatments". Behavior Therapy, 26, 69-841995.
- 16.- Rosen JC, "The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy".Cognitive and BehavioralPractice, 2, 143-166. 1995

- 17.- Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona. Masson. 2000
- 18.- Phillips KA, Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness". American Journal of Psychiatry, 148, 1138-1149.1991. "
- 19.- Cash TF, Body image therapy: a program for self-directed change. Nueva York. Guilford.1991
- 20.- Whitaker LA, "The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization". ClinicalPsychologyReview, 18, 1-22. 1998.
- 21.- Toro J, "Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta". Anuario de Psicología, 38, 25-47.1988.
- 22.- Baile A, La imagen corporal, Centro Asociado de la UNED de Tudela http://www.uned.es7ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm2003
23. - Hopwood PI, Fletcher A, Lee A, Ghazal SA, body image scale for use with Cancer patients; European Journal of Cancer 37. 2001.
- 24.- Rosen JC, "The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy". Cognitive and Behavioral Practice, 2, 143-166. 1995.
- 25.- Nathaniel B, Cómo mejorar su autoestima. 1987. Versión traducida: 1990. 1ª edición en formato electrónico: enero de 2010. Ediciones Paidós Ibérica.
- 26.- Cáncer de mama» (en español). Enciclopedia médica en español. Consultado el 2 de junio de 2010.
- 27.- Anderson MS, Johnson J, Restoration of body image and self-esteem for women after cancer treatment. Cancer Practice, 2, 345-349.1994
- 28.- Carver CS, Price A, Noriega V, Harris S, Derhagopian RP, Robinson DS, Moffatt F, Concerns about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. Psychosomatic Medicine, 60, 168-174. 1998
- 29.- Instituto Nacional del Cáncer (marzo de 2010). «Información general sobre el cáncer del seno (mama)» (en español). Consultado el 1 de junio de 2010.
- 30.- Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica Volumen 87 no 2: Cáncer de mama. Elsevier, España. pp. 473. ISBN 8445818317.2007.
- 31.- <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/patient>
- 32.- Crespo FL, Rivera GM, L. El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico Revista Puertorriqueña de Psicología, vol. 23, 2012, pp. 109-126 Asociación de Psicología de Puerto Rico San Juan, Puerto Rico.

33.- Ocampo JL, Valdez M, y cols. Variables Psicológicas Predictores de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XX, núm. 3, noviembre, 2011, pp. 265-269, Fundación Aiglé Argentina.

34.- Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola OH, Langer A, Frenk J, (2009).Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. Salud Pública de México, 51,2,335-344.

XIV. ANEXOS

Anexo 1

Universidad Autónoma del Estado de México

Protocolo de tesis de la Especialización en Salud Pública

Cedula de Identificación

Marque con una (x) la respuesta correcta

Sólo conteste una respuesta.

Fecha: _____

1.- Nombre:

2.- Domicilio:

3.- Edad: años.

4.- Estado Civil:

() soltera () casada () divorciada () unión libre () viuda

5.- Escolaridad:

() ninguna () Primaria () Secundaria () Preparatoria () licenciatura () otra

6.- Ocupación:

() ama de casa () comerciante () Empleada () otra

7.- Su ingreso familiar mensual es de:

() 10,000.00 o más () entre 4,000 a 9,999.99 () debajo de 4,000,00

9.- Religión:

() Católica () Cristianismo () Budismo () Protestantes () Evangélicos () Judíos

() Ninguna () Creyente

8.- En qué fecha le diagnosticaron Cáncer de mama _____

Anexo 2

Consentimiento Informado

Con fundamento en lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud:

Yo: _____.

Manifiesto que estoy en plena capacidad jurídica y uso de mis facultades y que no padezco enfermedades que impidan mi libre decisión hasta donde llega mi conocimiento.

Me fue explicado la responsable de la Investigación la naturaleza y propósito de la misma.

Me describió el procedimiento a realizar y que no existe ningún riesgo para mi persona ya que sólo contestaré un cuestionario.

He sido informada de que mis datos proporcionados para la realización de la historia serán confidenciales, sólo para estricto uso de la investigación mencionada.

Otorgo mi consentimiento y acepto de manera voluntaria se me incluya en el protocolo ya mencionado. Para los efectos y alcance legal a que haya lugar, firmo el presente consentimiento informado al margen y al calce.

Firma _____ -

México, D.F, a _____ de _____ del 201

Anexo 3

México, D.F. a 25 de Mayo del 2012

Ph.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

PRESENTE.

Reciba un cordial saludo y sirva este medio para solicitar fecha para la presentación de mi protocolo de investigación que lleva por título: “RESILIENCIA Y AUTOESTIMA ASOCIADOS A IMAGÉN CORPORAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN GRUPO DE RECUPERACIÓN TOTAL RETO A.C, MÉXICO DISTRITO FEDERAL, COLONIA ESCANDÓN 2012-2013”. El cual presento para obtener el diploma de Especialista en Salud Pública.

De la misma manera solicito me sean asignados revisores para la presentación del protocolo de tesis.

Sin más por el momento y agradeciendo la atención a la presente quedo de usted.

Atentamente

M.C. Alhelí Hernández Ojeda

Alumna De La Especialidad En

Salud Pública De La U.A.E.M. del primer año

Anexo 4



GRUPO DE RECUPERACIÓN TOTAL RETO, A.C.
CENTRO DE DIAGNÓSTICO PARA
LA DETECCIÓN OPORTUNA
DEL CÁNCER MAMARIO Y CÉRVICO UTERINO

Benjamín Franklin No. 64
Col. Escandón 11800 México, D.F.
Tels. 5272-1274 5272-7514
E-mail: centrodediagnostico@gruporeto.org

México, D.F., a 25 de mayo de 2012

Dr. Enrique Arceo
Coordinador de la Especialidad de Salud Pública
Universidad Autónoma del Estado de México
Presente

Le informo que fue autorizada la petición de la Dra. Alhelí Hernández Ojeda, para la aplicación de un cuestionario que será utilizado para la investigación de tipo psicológica y social con pacientes con cáncer de mama, en la Facultad de Medicina del Estado de México, Toluca, en la especialidad de Salud Pública.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Estado de México su disposición para apoyar profesionalmente a pacientes con cáncer de mama y a la doctora Hernández Ojeda que haya puesto su interés en Grupo Reto desde que era estudiante de medicina.

Hago propicia la ocasión para enviar un cordial saludo.

Atentamente

María Antonieta Crestani Torres
Presidenta

Anexo 5

Cuestionario de Grotberg Resiliencia

Anexo No. 9

Cuestionario de Características Resilientes de Grotberg

Instrucciones: A continuación encontrarás una serie de oraciones, calificalas según que tan común o poco común lo ves en ti, colocándole una "X" a la celda indicada.

YO TENGO	muy común	algo común	poco común	Nada común
Personas a mi alrededor en quienes confío y me quieren incondicionalmente				
Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros y problemas				
Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.				
Personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo (a)				
Personas que me ayudan cuando estoy enferma, en peligro o necesito aprender.				
YO SOY	muy común	Algo común	poco común	Nada común
Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño				
Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.				
Respetuosa de mí mismo (a) y del prójimo.				
Capaz de aprender lo que las autoridades me enseñan				
Comunicativa con las personas que me rodean.				
YO ESTOY	muy común	Algo común	poco común	Nada común
Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.				
Seguro que todo saldrá bien.				
Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.				
Rodeada de compañeras que me aprecian.				
YO PUEDO	muy común	Algo común	poco común	Nada común
Hablar sobre cosas que me asustan e inquietan				
Buscar la manera de resolver mis problemas.				
Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.				
Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.				
Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.				
Sentir afecto y expresarlo.				

Anexo 6

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

NOMBRE: _____ EXPEDIENTE:

EDAD: _____ GÉNERO: _____ GRADO DE ESCOLARIDAD _____

¿HA RECIBIDO QUIMIOTERAPIA O RADIOITERAPIA COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO PARA EL CANCER DE MAMA? SI _____ NO _____

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

Reactivos	Nada	Poco	Mucho	Bastante
1.- Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida.				
2.- Creo que a los demás les gusta mi aspecto				
3.- Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer				
4.- Me siento menos femenina después del diagnóstico de Ca de mama				
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				
8.- creo que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales				
9.- Desde mi diagnóstico de Ca de mama me veo menos atractiva sexualmente				
10.- siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual				
11.- Me siento algo deformada o mutilada.				
12.- Me repugna la idea de la operación				

Anexo 7

Escala de Autoestima de Rosemberg

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respu que considere adecuada

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

1	2	3	4
<i>Muy de Acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>

2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.

1	2	3	4
<i>Muy de Acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>

3. Creo que tengo varias cualidades buenas. (*)

1	2	3	4
<i>Muy de Acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>

4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. (*)

1	2	3	4
<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>

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

1	2	3	4
<i>Muy de Acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>