

**TOMA DE PERSPECTIVA EN LA ACEPTACIÓN DE LA IMAGEN
CORPORAL Y LA ENFERMEDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE SENO**

**YURANI STEPHANIE ARIZA RUIZ
LINA JULIANA DOMÍNGUEZ MORÓN
ANDRÉS FELIPE VARGAS FLÓREZ**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA – UNAB

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

FLORIDABLANCA, SANTANDER

2019

**TOMA DE PERSPECTIVA EN LA ACEPTACIÓN DE LA IMAGEN
CORPORAL Y LA ENFERMEDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE SENO**

**YURANI STEPHANIE ARIZA RUIZ
LINA JULIANA DOMÍNGUEZ MORÓN
ANDRÉS FELIPE VARGAS FLÓREZ**

Bajo la dirección de

SERGIO ARMANDO RIBERO MARULANDA Mgs.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA – UNAB

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

FLORIDABLANCA, SANTANDER

2019

Agradecimientos

A las mujeres

Gracias por participar, por abrirnos su corazón y contarnos sus historias de vida, sus experiencias frente la enfermedad, por enseñarnos grandes lecciones de vida y por acogernos en cada entrevista con afecto, disposición y paciencia.

A las fundaciones SenosAma y AVAC

Gracias por permitirnos entrar en sus instalaciones y brindarnos la oportunidad de ejecutar las aplicaciones dentro de estas; y de igual forma, por ser ese nodo con la población, sin el apoyo de ustedes este proyecto no hubiese sido posible realizarlo.

A nuestro tutor

Gracias al Dr. Sergio Armando Ribero Marulanda, por su entrega, disponibilidad, y por todo el tiempo que dedicó a la construcción y revisión de este proyecto. Asimismo, queremos agradecerle por confiar en nosotros y motivarnos a seguir adelante con esta idea, por asesorarnos, orientarnos y corregirnos oportunamente para que esta tesis se culminara con éxito.

Al equipo de trabajo

¡Equipo!, millones de gracias por tantas horas de trabajo, por darlo todo en cada entrega, por las enseñanzas y por tantos momentos de risa, de desesperación, de estrés, en fin, momentos que permitieron construir y solidificar una gran amistad.

A nuestras familias

Agradecemos a nuestros familiares por creer en nosotros, por apoyarnos en los momentos de dificultad, por todos y cada uno de los esfuerzos que han hecho por nuestro futuro, que nos han llevado hasta donde estamos en este instante, por último, les damos gracias por ser el motor que día tras día nos impulsó a nunca desistir en esta larga travesía.

Tabla de Contenido

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Justificación y planteamiento del problema	12
Objetivos	17
<i>General</i>	<i>17</i>
<i>Específicos</i>	<i>17</i>
Antecedentes de investigación	18
Marco teórico	20
Metodología de la investigación	26
<i>Diseño</i>	<i>26</i>
<i>Método</i>	<i>27</i>
<i>Instrumentos</i>	<i>27</i>
<i>Procedimiento</i>	<i>28</i>
<i>Análisis de los datos</i>	<i>29</i>
<i>Consideraciones éticas</i>	<i>30</i>
Resultados	31
<i>Caracterización de la muestra</i>	<i>31</i>
<i>Análisis cuantitativo</i>	<i>34</i>
<i>Análisis cualitativo</i>	<i>41</i>
Discusión	64
Conclusiones	72
Recomendaciones	74
Referencias	76
Apéndices	83

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Análisis de puntuaciones medias por estado civil según la escala</i>	36
Tabla 2. <i>Análisis de puntuaciones medias por edad según la escala</i>	37
Tabla 3. <i>Análisis de puntuaciones medias por nivel socioeconómico según escala</i>	38
Tabla 4. <i>Análisis de puntuaciones medias por fase de cáncer según la escala</i>	39
Tabla 5. <i>Correlaciones y prueba de hipótesis de variables de estudio</i>	40
Tabla 6. <i>Frecuencia de códigos</i>	41

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Caracterización de la muestra por estado civil</i>	32
Figura 2. <i>Caracterización de la muestra por edad</i>	32
Figura 3. <i>Caracterización de la muestra por nivel socioeconómico</i>	33
Figura 4. <i>Caracterización de la muestra por fase del cáncer</i>	34
Figura 5. <i>Dispersión de las puntuaciones generales en la EIC</i>	35
Figura 6. <i>Perspectiva Interpersonal- Mapa de relaciones entre subcategorías</i>	48
Figura 7. <i>Perspectiva Temporal- Mapa de relaciones entre subcategorías</i>	53
Figura 8. <i>Aceptación- Mapa de relaciones entre subcategorías</i>	56
Figura 9. <i>Compromiso- Mapa de relaciones entre subcategorías</i>	58
Figura 10. <i>Mapa de relaciones más importantes entre Ejes de Indagación</i>	60
Figura 11. <i>Antecedentes de Cáncer en la familia</i>	61
Figura 12. <i>Prestación de Servicios de Salud</i>	62
Figura 13. <i>Necesidades de las mujeres con cáncer de seno</i>	63
Figura 14. <i>Definición de mujer</i>	63

Lista de Apéndices

Apéndice 1. <i>Escala de Imagen Corporal de Hopwood</i>	83
Apéndice 2. <i>Guía de entrevista</i>	85
Apéndice 3. <i>Modelo de consentimiento informado del participante</i>	87
Apéndice 4. <i>Categorías orientadoras de la entrevista</i>	90

Resumen

El presente proyecto de grado tuvo como finalidad analizar la toma de perspectiva y la aceptación de la imagen corporal y la enfermedad en mujeres con cáncer de seno. La investigación, se guio bajo un enfoque mixto con preponderancia cualitativa y con un alcance exploratorio y descriptivo, empleando para esto, una muestra de 25 mujeres de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana, quienes han recibido el diagnóstico de cáncer de mama; y a las cuales, se les aplicó la Escala de Imagen Corporal de Hopwood y una entrevista semiestructurada para evaluar la aceptación de su imagen corporal y la toma de perspectiva. A partir del análisis de los datos obtenidos, se identifica que un 92% (23) de los casos, presentan un nivel de afectación muy mínimo o nulo, lo que se traduce en una aceptación de los cambios físicos e incluso emocionales que trajo consigo la enfermedad. Asimismo, no se establece una relación altamente significativa entre las variables sociodemográficas y la aceptación de la imagen corporal, lo cual se corrobora con los discursos que emiten estas mujeres sobre cómo ellas entienden lo que les está pasando, y cómo responden ante las demandas del proceso; por otro lado, sí se evidencian relaciones directas y bidireccionales entre las categorías propuestas y las de codificación de la entrevista, así como entre los cuatro ejes de indagación (perspectiva temporal, perspectiva intrapersonal, aceptación y compromiso). Finalmente, más del 50% de las mujeres manifestaron tener antecedentes familiares de cáncer, y en cuanto a la prestación de servicios de salud la mayoría de ellas (16) se enfocaron en aspectos como la calidad de los procesos durante el tratamiento y la atención humanizada por parte de los profesionales de la salud; igualmente, expresaron necesidades de mayor atención, comprensión, mejor economía y tranquilidad, como anhelos para el afrontamiento activo de la enfermedad. **Palabras claves:** cáncer, marcos deícticos, marcos relaciones, toma de perspectiva, imagen corporal.

Abstract

The purpose of this research was to analyse the taking of perspective and acceptance of body image and disease in women with breast cancer. The investigation was guided by a mixed approach with qualitative preponderance and with an exploratory and descriptive scope, employing for this, a sample of 25 women from the city of Bucaramanga and its Metropolitan area, who have been diagnosed with breast cancer; and to which, they were applied the Hopwood Body Image Scale and a semi-structured interview to assess the acceptance of their body image and perspective taking. From the analysis of the data obtained, it is identified that 92% (23) of cases, have a very low or no level of affectation, which results in an acceptance of the physical and even emotional changes that the disease brought with it. Otherwise, there is no highly significant relationship between demographic variables and the acceptance of body image, this is supported by the discourses made by these women about how they understand and assume what is happening to them, and how they respond to the demands of the process; whereas it shows direct and bi-directional relationships between the proposed categories and those emerging from the interview, as well as between the four axes of inquiry (time perspective, personal perspective, acceptance and commitment). Finally, more than 50% of women reported having a family history of cancer, and in terms of the provision of health services, most of them (16) focused on aspects such as the quality of processes during treatment and humanized care by health professionals; they also expressed needs for greater attention, understanding, better economical situations and tranquillity, as yearnings for active coping with the disease.

Keywords: cancer, deictic frameworks, relationship frameworks, perspective taking, body image.

Introducción

El cáncer tiene un origen tan antiguo como la existencia de la raza humana, investigaciones etimológicas sobre el cáncer como la de Salaverry en 2013, plantean el origen de dicha enfermedad en el Egipto de 1700 a.c, del cual datan papiros, en los que se recopilan algunos detalles sobre posibles casos de cáncer de mama y cáncer de útero.

Por otra parte, el portal Rare Cancer Alliance (2011), reconoce a Hipócrates por ser el primero en teorizar la existencia de tumores malignos, ya que descubrió que dichos tumores se reflejaban en los vasos sanguíneos del área afectada; lo que actualmente se vendría a conocer como carcinoma. Asimismo, Galeno basado en el trabajo de Hipócrates, considera que las tumoraciones cancerosas son el resultado de una alteración del humor – “bilis negra” – y con base en esto, propuso ayudar a los enfermos, eliminando este “humor alterado”, a través de técnicas como la exéresis o la cauterización con fuego.

Estas primeras aproximaciones dieron lugar a posteriores estudios, John Hill, Bernardino Ramazzini y Percivall Pott, entre 1755 y 1780, lograron identificar diversos factores que se relacionaban con la presencia de cáncer, tales como: (1) consumo de tabaco en neoplasia de pulmón o garganta, (2) malos procedimientos médicos e infecciones acarreadas por las condiciones insalubres de higiene personal en aquellos con cáncer de piel, vías digestivas, entre otros (Rare Cancer Alliance, 2011); llevando consigo a motivar la búsqueda de alternativas que mitigaran el impacto de estas exposiciones y con esto, posibles apariciones de cáncer.

Bajo esta misma premisa se empiezan a diseñar procedimientos para la curación del cáncer, algunos de estos, se remontan al siglo XVII con cirujanos como John Hunter que teorizaron acerca de operar la zona donde aparecían los tumores, intervenciones médicas iniciales que dieron origen a procedimientos como la mastectomía, cirugía actualmente empleada

en la extirpación de células cancerígenas del seno (Rare Cancer Alliance, 2011). La búsqueda por lograr procedimientos cada vez más efectivos para identificar y tratar esta enfermedad y sus efectos negativos, era persistente y deja a su paso grandes hallazgos, como lo es el origen de la quimioterapia en 1946 o el diseño y síntesis de la *pastilla inteligente* en 1997, que han favorecido la mitigación del avance de la enfermedad (AECC, 2018).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer (2019), el cáncer de mama se caracteriza por el desarrollo descontrolado de células mamarias que forman tumores, que pueden invadir los tejidos circundantes o propagarse a áreas distantes del cuerpo – fenómeno denominado: metástasis –. Este desarrollo de células se da según la American Society of Cancer – Sociedad Americana contra el Cáncer, ASC – (2017) en cinco etapas, la primera conocida como *inducción o etapa cero*, que se caracteriza por tener una larga duración, una multiplicación descontrolada y capacidad de invasión a pesar de no producir sintomatología alguna. Posteriormente se encuentra la *Etapa I*, en donde existen lesiones cancerosas microscópicas localizadas en el tejido de origen, tiene una duración de diez años aproximadamente y no presenta sintomatología, aunque es detectable. La *Etapa II*, consiste en la expansión de células cancerígenas por fuera de su localización inicial y la posterior invasión de tejidos u órganos adyacentes, presenta un estimado de 1 a 5 años de elongación, en los que son claros los síntomas según el área afectada. Seguida por la ya mencionada, *metástasis o Etapa III*, en la que la enfermedad se disemina completamente fuera de su lugar de origen, apareciendo lesiones tumorales y los síntomas se exacerbaban llevando incluso a la quimioterapia para reducir el impacto que tienen estos (Asociación Española Contra el Cáncer, 2018).

Por último, la *Etapa terminal*, explicada como un estado progresivo e irreversible en donde se evidencia un dolor intenso y otros síntomas, se genera gran malestar en el enfermo,

repercutiendo aún más en la calidad de vida y la de su familia. Es en esta etapa es donde se proporcionan los cuidados paliativos a sus afectados (AECC, 2018).

Este tránsito por la enfermedad deja múltiples consecuencias, incluyendo aquellas que vienen como efectos secundarios a los tratamientos de cáncer y no solo se relacionan con condiciones médicas o biológicas, como lo serían náuseas, vómitos, anemia, plaquetopenia o disminución excesiva de las plaquetas, neutropenia o reducción de los glóbulos blancos o leucocitos, entre otras (AECC, 2018), sino también con el impacto psicológico y social de la enfermedad, tal y como lo mencionan Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado (2014) estas condiciones alteran al sujeto a nivel emocional, cognitivo y comportamental, afectando su percepción de la salud y el bienestar, acompañado de angustia, insatisfacción, tristeza y enojo y problemas en las interacciones con su familia y grupos cercanos (AECC, 2018). Lo que, sumado a las alteraciones corporales como la pérdida de los senos, el cabello, la disminución del peso, entre otros efectos, exacerbaban condiciones emocionales en las mujeres con cáncer de seno, afectando recíprocamente no sólo su salud y adherencia al tratamiento, sino también la percepción que tienen ellas de su imagen corporal a la luz de la enfermedad (Tercero, 1998).

Esta imagen corporal puede entenderse como la percepción que tienen los individuos acerca de su propio cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límite de este; por lo tanto desde el continuo contacto con el mundo, se adquiere y se construyen formas de pensar, sentir y comportarse de manera coherente con esa imagen corporal que acompaña el desarrollo del ser humano (Raich, Torra y Mora, 1997; Tercero, 1998) Tal y como indican Rocha (2009) y Cuervo (2016) los factores sociales afectan la construcción de la identidad y desde allí se adjudica al individuo unos comportamientos correspondientes con esa imagen, que a largo plazo regulan los comportamientos dependiendo de su definición. Por lo tanto, al verse

afectada la imagen corporal, se podrían modificar las formas en cómo las mujeres con cáncer de seno se relacionan no solo con los demás desde dichas expectativas sociales, sino también con ellas mismas.

Este impacto en la salud mental de las personas, se ha convertido en un campo de gran interés para las ciencias como la medicina y la psicología, en aras de encontrar nuevas y mejores alternativas de intervenir, para disminuir el nivel de afectación que traen consigo los tratamientos y la misma enfermedad y ayudar a modificar las perspectivas frente a la enfermedad como una condición sin escapatoria, por una visión mucho más optimista y basada en el incremento de la esperanza de vida de quienes lo padecen (Roche Argentina, s.f).

Con base en lo anterior, surge en esta investigación, la necesidad de estudiar la aceptación de la imagen corporal y de la enfermedad en mujeres con cáncer de seno en la ciudad de Bucaramanga.

Justificación y planteamiento del problema

El cáncer es una situación compleja que ha venido en aumento a lo largo de los años, afectando notablemente a quienes lo padecen en diferentes áreas (Montesinos, Hernández, y Luciano, 2001). Según la organización Mundial de la Salud (2018) actualmente es la segunda enfermedad que más muertes causa en el mundo y sus cifras superan los nueve millones de defunciones. Según los datos publicados en la página del Global Cancer Observatory (2019), hasta el 2018 las cifras internacionales reportaban 18.078.957 casos de cáncer detectados en el mundo, de los cuales el 11,6 % (2.088.849 casos) pertenece a los pacientes con cáncer de mama. Panorama que parece no mejorar, ya que la proyección de casos detectados sobre esta enfermedad para el 2020 será de 18.989.634 y para el 2040, se prevé que la cantidad de casos aumentará a 29.532.994.

En relación con la mortalidad en mujeres, a nivel internacional el cáncer de mama lidera con 626.679 casos y para el 2020 podrían ser de 2.179.457 y al 2040 un total aproximado de 3.059.829 casos (Observatorio Mundial de Cáncer, 2018; Global Cancer Observatory, 2019) cifras que permiten indicar un aumento escalonado. En Colombia, hasta el 2018 se registraron 101.893 casos de cáncer, con una tasa global de mortalidad de 46.057 casos en el país (Global Cancer Observatory, 2019). De los casos diagnosticados 13.380 corresponden a casos de cáncer de mama y se estima que para el 2020 podrían ser 14.124 y al 2040 un total de 20.957 casos (Global Cancer Observatory, 2019).

A nivel departamental, el cáncer en Santander según el último boletín epidemiológico de 2018 presentado por la Secretaría de Salud reportó un total de 152 casos en adultos y 89 casos en menores de edad, de los cuales el cáncer de mama comprende el 42,04% de los casos.

Las proyecciones realizadas sobre la incidencia en esta condición, representan un reto frente a la identificación, manejo y control de las consecuencias de esta enfermedad, que ha sido tradicionalmente atendida centrando esfuerzos desde su perspectiva biológica, presentando estrategias para mitigar las afectaciones que ocasiona el cáncer de mama, como: actividad física, alimentación saludable, evitar el consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, detección precoz por medio de un diagnóstico temprano, entre otras (OMS, 2019). Estos discursos dominantes se perpetúan y dejan de lado el trabajo sobre el reconocimiento de afectaciones en otros niveles de atención, que consideren el análisis frente a comportamientos, condiciones emocionales particulares, valoraciones del individuo sobre las implicaciones de la enfermedad en diferentes ámbitos de su vida, el apoyo familiar y la respuesta de la sociedad, enmarcando así al cáncer como una realidad multicausal (Straub, 2005 e Instituto Nacional de Cáncer, 2019).

Schneider, Pizzinato y Calderón (2015) proponen que se debe considerar la enfermedad como un espectro amplio que tiene en cuenta la prevención y adaptación al diagnóstico, afrontamiento del tratamiento y condiciones sociales alrededor de ello. Así, por ejemplo, entender que la urbanización y la adopción de estilos de vida occidentales poco saludables, los ingresos medios y bajos, falta de sensibilización sobre la detección precoz y barreras de acceso a los servicios de salud, aumentarían la letalidad de la enfermedad y el diagnóstico en estadios avanzados (OMS, 2016 y Cuenta de Alto Costo, 2017).

Según una investigación realizada por la facultad de Enfermería de Albacete (2004) frente al cáncer de mama pueden presentarse síntomas como miedo, causado por la posibilidad de morir y angustia frente a los cambios físicos. En la fase de diagnóstico, se identifica mucho más fácil la angustia, relacionada con el recibir información respecto a la enfermedad y su estadio. Esta aparece también para la fase de hospitalización, en la que se evidencia, además,

miedo, nerviosismo y ansiedad, debido al enfrentamiento con los procedimientos médicos. Por su parte en la fase de tratamiento, se evidencia ira ante la incomprensión de esta afectación.

A nivel general y en cuanto a la interdependencia del cáncer como enfermedad crónica con otras enfermedades psicológicas, “el cáncer y su tratamiento pueden causar diagnósticos clínicos como la depresión o la ansiedad, al igual que de tipo psicológico como confusión y dificultad para concentrarse” (American Cancer Society, s.f.). En cuanto al cáncer de mama, Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt y Berard (2001) reconocen que las mujeres se sienten ansiosas o abrumadas, tienen dificultades para pensar, resolver problemas o tomar decisiones. Además, podrían sentirse agitadas, irritables, inquietas o aterrorizadas y tensas; lo que podría estar relacionado con alteraciones metabólicas o endocrinas, quimioterapias debilitantes, modificadores de la respuesta inmunitaria y dolor crónico asociado a la enfermedad o el efecto secundario a algún medicamento (Valencia, 2006).

Bajo esta misma idea, la literatura ha planteado que se pueden empezar a presentar ideas relacionadas con el suicidio, Druss y Pincus (2000) indican que la ideación suicida o intentos de suicidio se presenta en una quinta parte de los encuestados con cáncer. A lo que se suman evidencias como la planteada por Misono, et.al (2008), en donde los pacientes con cáncer presentaron una tasa de 31,4 suicidios por 100.000 personas al año, mientras que en la población general la tasa es de 16,7.

Ahora, con respecto a los estados emocionales que surgen a partir de un procedimiento como la mastectomía, Amayra, Exteberria y Valdosedá (2001) mencionan que se producen sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal, entre otros. De igual manera, refieren que casi la totalidad de las pacientes mastectomizadas (85%) interpretan la

ablación del seno como una agresión y mutilación de su feminidad, incluso considerando algunas (10%) que dejaron de ser mujeres a partir de ese momento.

Del mismo modo, pacientes menores a 45 años relacionan la pérdida del seno con preocupaciones en el área sexual ya que en su mayoría perciben a la cirugía como un ataque a su imagen corporal, puesto que sus parejas podrían perder el gusto o la atracción si no tienen el seno (Martínez, et.al, 2014). Estas condiciones afectan a algunas pacientes que se sienten menos mujeres, encontrando pérdida de actitudes frente al erotismo; ya que según Fernández (2004) se observan cambios en la movilidad corporal y se desarrollan posturas poco favorables con la intención de ocultar o tapar el defecto.

Estos cambios afectan procesos de interacción social, familiar, sensaciones de culpa, miedo, vergüenza y dificultades en el establecimiento de nuevos vínculos amorosos, hasta problemas intrapersonales relacionados con dicha imagen (Viniégras y Blanco, 2010). Por su parte Martínez-Basurto et al (2014), Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2007), Herranz, Julia Sebastián, et al. (2008) y Boquiren, Esplen, Wong, Toner, Warner, y Malik (2016), reconocen las connotaciones psicosociales que acarrearán para la mujer los cambios a los que se ven expuestas (caída de cabello, cambios en el tono de la piel, modificaciones físicas y corporales), connotaciones derivadas de la exposición a personas, eventos o lugares que refuerzan la percepción de pérdida de la identidad y de la feminidad (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007., Rendón, Soler, y Cortés, 2013). Se ha demostrado una relación entre los parámetros sociales y su comparación con la imagen corporal, principalmente en mujeres quienes presentan una mayor probabilidad de insatisfacción con su aspecto físico (Faith, León y Allison, 1997; Thompson, Coover y Stormer, 1999).

Estas expectativas sociales dificultan la aceptación de una imagen corporal cambiante y en muchos casos en deterioro. Frente a lo cual se observa una necesidad de no querer pensar en dicha enfermedad, ni en sus consecuencias a nivel físico, queriendo “quitarlas de su mente”, con el fin de eliminar el miedo, la ansiedad, o los sentimientos de tristeza asociados con ello (Montesinos, Hernández, y Luciano, 2001). La necesidad permanente de evitar este malestar obliga a la persona a actuar de un modo que conduce al aislamiento, indefensión y abandono, aumentando paradójicamente problemas con la misma imagen corporal y los pensamientos de poca aceptación por parte de su contexto inmediato (Boquiren, Esplen, Wong, Toner, Warner, y Malik, 2016). La postura de ACT consiste en reconocer que los eventos privados con función aversiva son parte de la condición humana y, por tanto, “es normal tenerlos”. A diferencia de otros procesos clínicos cuyo propósito es cambiar el contenido negativo o irracional de los eventos privados, busca alterar la función de todos los repertorios de evitación experiencial, de forma que la persona sienta dolor, tristeza, u otros síntomas psicológicos transformando su postura frente a ellas, aceptando lo que no puede ser cambiado (pensamientos, sensaciones, emociones) y comprometiéndose a actuar según los objetivos vitales valorados por ellas (Páez, Luciano, & Gutiérrez, 2005, y Gómez, López, y Mesa, 2007).

A partir de lo previamente expuesto y entendiendo el carácter regulador del otro, en el comportamiento de los pacientes con cáncer de seno, se plantea como pregunta problema identificar: *¿Cómo se relacionan los elementos derivados de la toma de perspectiva en la aceptación de la imagen corporal y la enfermedad en mujeres con cáncer de seno?*

Objetivos

General

Analizar la toma de perspectiva y la aceptación de la imagen corporal y la enfermedad en mujeres con cáncer de seno.

Específicos

Determinar el grado de afectación en la aceptación de la imagen corporal.

Analizar las categorías temáticas relacionadas con la enfermedad a partir de la toma de perspectiva.

Identificar las relaciones existentes entre los ejes de indagación del estudio.

Antecedentes de investigación

Se han encontrado algunas investigaciones que abordan la imagen corporal, como las llevadas a cabo por Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo, y Alvarado, (2014) y la de Fernández (2004) que retoman aspectos como problemas en la autoestima o cuadros depresivos que se exacerban desde las afecciones corporales sujetas al cáncer. Además, se reconocen sentimientos de frustración, tristeza y enojo, debido a la pérdida de una parte del cuerpo; o conductas relacionadas al aislamiento y comportamientos evitativos frente a relaciones sociales, por el temor y la vergüenza de ser rechazadas; así como el evitar mirarse al espejo o mirar el área afectada, inseguridad e insatisfacción (Molano y Varela, 2017; Salas y Grisales, 2010).

Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2007), hablan del nivel de afectación de la imagen corporal y la autoestima en relación con variables socioeconómicas y médicas -tipo de tratamiento o cirugía-; encontrando que las mujeres tumorectomizadas tuvieron una mejor imagen corporal que las mastectomizadas. Por su parte, Calle (2009) buscó descubrir el proceso de adaptación de las mujeres para enfrentarse al cáncer de mama y concluyó que las variables intervinientes se relacionan con la percepción de vulnerabilidad, el cambio en sus rutinas a partir de los procedimientos, la ansiedad hacia el futuro y su estado de salud, afectando dimensiones a nivel emocional, física y social.

Otras investigaciones encontradas, estudian las comorbilidades con cuadros clínicos, Pintado, y Chiba-Giannini (2016) estudiaron la relación entre la imagen corporal y la ansiedad ($r=0.709$, $p<.01$), la depresión ($r=0.614$, $p<.01$) y la autoestima ($r=-0.542$, $p<.01$) en 50 mujeres mexicanas, a partir de lo cual se concluyó que el estado físico, las relaciones sociales, y la autoestima de las pacientes con este cáncer se ven afectadas desde que son diagnosticadas hasta el tratamiento, se reconoce comorbilidad con síntomas depresivos y ansiedad y una autoestima

más baja. Y frente a la medición de la afectación de la imagen corporal, Figueroa, Valadez, Rivera y Montes (2017), hacen uso de la Escala de Imagen Corporal de Hopwood y el módulo QLQ BR 23 en Colombia y predicen 4 elementos importantes: (1) deseo sexual, (2) Establecimiento de relaciones de pareja, (3) autoestima y (4) estilos de afrontamiento, relacionadas con la autoimagen.

Núñez, Navarro, Cortés, López, Aguirre y Trujillo (2018) en su estudio sobre la imagen corporal (IC) y las estrategias afrontamiento (EA) en mujeres con cáncer de seno, buscaron identificar la posible relación entre la IC y las EA, teniendo en cuenta variables como tipo de intervención quirúrgica, el tiempo de diagnóstico y estadio del cáncer. Encontraron que en la mayoría de los casos los cambios físicos alteran esos repertorios de afrontamiento preestablecidos y que las formas en que se afronta la enfermedad, así como su autoimagen, parecen relacionarse con características posteriores al evento como el contar con redes de apoyo y/o espiritualidad.

Finalmente, y con relación al tema de toma de perspectiva se identifica una sola investigación llevada a cabo por Parra, García y Enríquez (2011) sobre las afectaciones causadas por procedimientos como la quimioterapia. En este, se reconocen afectaciones a partir de las relaciones que se establecen entre lo que dice la paciente y las expectativas sociales, donde aquello que dicen los otros sobre la imagen corporal empieza a configurar las propias consideraciones después de los procedimientos, esto se enmarca en lo que la Teoría de Marcos Relacionales a denominado, dimensión interpersonal e intrapersonal. Sin embargo, no se incluye en los análisis la perspectiva temporal, que puede ser importante para establecer la comparación entre la toma de perspectiva antes y después de la enfermedad, visualizando así los efectos y cambios producidos en la persona, teniendo en cuenta su discurso y experiencia personal.

Marco teórico

A partir del lenguaje el ser humano organiza su pensamiento y este le permite comunicarse con sus semejantes, adaptarse a nuevas situaciones y retener experiencias. Sin embargo, definir el lenguaje no ha sido una tarea sencilla, se ha abordado desde diferentes puntos de vista y corrientes teóricas, preguntándose por cosas como: ¿Cómo se adquiere? ¿Cómo se produce la relación entre el símbolo y la realidad? ¿Cómo se da la relación entre constructos y conceptos? (Fletcher y Hayes, 2005).

Entre las corrientes teóricas que han abordado el lenguaje se encuentra el conductismo y sus derivados, los cuales han desarrollado diferentes teorías para dar explicación a esta capacidad. Una de esas teorías es la teoría de marcos relacionales (TMR) creada por Steven Hayes y Dermot Barnes-Holmes, que la definen como una reciente aproximación analítico-funcional al estudio del lenguaje y la cognición, que intenta ofrecer una explicación de cómo el ser humano relaciona a través del lenguaje elementos propios de su realidad para realizar conclusiones y responder de forma efectiva o no a las demandas de dicho ambiente (Gómez-Martín, López-Ríos, y Mesa-Manjón, 2007).

Según la TMR el inicio de las respuestas mediadas por el lenguaje parte del entrenamiento de 3 tipos de relaciones, que se dan con la comunidad verbal de referencia. En este entrenamiento la persona responde frente a un estímulo en función de otro estímulo y a través del refuerzo que recibe frente a la emisión de la relación establecida, se fortalecen las respuestas, encontrando elementos como vinculación mutua, que hace referencia a las relaciones bidireccionales entre los estímulos (A es más que B) y (B es menos que A), implicación combinatoria ($A + B$ y $B + C$ por lo tanto $A + C$ y $C - A$) y transformación de funciones (Si en un contexto dado se crea una relación directa entre A y B, y A tiene alguna función psicológica

adicional, en ese contexto las funciones de estímulo de B pueden transformarse de forma consistente con su relación con A) (Barnes-Holmes, D., Rodríguez Valverde, M., & Whelan, R., 2005). Por ejemplo, durante los primeros años de vida el niño está expuesto a situaciones en las que la madre empieza a reforzar la respuesta efectiva ante las relaciones existentes entre los objetos de su contexto, de esta manera si el niño empieza a responder frente al objeto del tetero con la instrucción: ¿dónde está el tetero? recibirá una aprobación. Desde allí se establece la relación entre la palabra tetero y su objeto correspondiente y además podría responder ante el objeto: ¿Qué es esto? emitiendo la palabra tetero (vinculación mutua), y si adicionalmente una imagen con un tetero aparece en la televisión y responde desde la palabra tetero se podrían relacionar tres elementos intercambiables entre sí (Implicación combinatoria).

Es desde el establecimiento básico de relaciones que la TMR explica la capacidad cognitiva y lingüística, que se da por entrenamiento en los procesos de organización de los estímulos ambientales existentes. Este comportamiento relacional, es el que facilita que la persona responda a un estímulo en función de otro. Dichas redes de relaciones son flexibles y modificables, dependen de la historia de aprendizaje y cambian a partir de las variables ambientales de las cuales son función (Fletcher y Hayes, 2005, y Capulín Arellano 2014, y Barnes-Holmes, Rodríguez Valverde & Whelan, 2005).

Para reconocer a profundidad estos términos, es importante ampliar los ejemplos frente al tema, La *Vinculación Mutua* podría relacionarse con cosas como: “Si María es menor que Catalina, Catalina es mayor que María”, si “chair” es “silla”, entonces “silla” es “chair”. “si el tener senos es igual a feminidad, entonces perderlos es no ser femenina”. Para *Vinculación Combinatoria* podría estar: “Si María es menor que Catalina y Laura es mayor que Catalina, entonces María es menor que Laura” “El cáncer implica tratamiento, los tratamientos con

pastillas son más suaves que los que requieren procedimientos quirúrgicos, por lo tanto un pronóstico basado en un procedimiento quirúrgico hace peor el panorama del tratamiento para el paciente con cáncer” Y finalmente se encuentra la *Transformación de las Funciones* en donde las claves del contexto tanto históricas como actuales ajustarán el responder relacional (Fletcher, L. y Hayes, S., 2005) por ejemplo dos estímulos en una clase relacional de equivalencia: la palabra “imagen física” y las características corporales de una persona sana, esta relación puede verse afectada cuando las características de una persona sana son modificadas por un contexto verbal en el que se da un diagnóstico, afectando posteriormente la relación entre estas características corporales y la imagen física. Por lo tanto, a partir del lenguaje y las relaciones generadas la persona va a dirigir la forma en que percibe su identidad, personalidad y la forma de verse a sí mismos y al mundo a partir de esa nueva imagen física (Gómez-Martín, López-Ríos, y Mesa-Manjón, 2007).

Las equivalencias y condiciones construidas posibilitadas por el propio lenguaje llevan al sujeto a organizar su mundo entre experiencias buenas o malas, aceptables o no. Así, por ejemplo, una persona puede relacionarse con condiciones como: "ser el más bueno", o "ser el mejor", o "ser diferente a", derivaciones que son reforzadas en ocasiones o simplemente derivadas por el propio sujeto (Gómez, López, y Mesa, 2007). Por tanto, condiciones como el cáncer y sus implicaciones podrían llevar a relacionar estímulos que generan malestar a la persona o llegar a crear reglas de comportamiento (la ausencia de pelo, el cambio corporal) condiciones rígidas que propician el surgimiento de mayores dificultades en la adaptación al diagnóstico y lo que esto conlleva, muchos pacientes ven afectado el curso habitual de su vida, pues deben afrontar miedos, preocupaciones, recuerdos y pensamientos, que parecen llegar directa e invariablemente a partir del criterio diagnóstico. Estas respuestas que se adhieren al

diagnóstico parecen estar posibilitadas por el lenguaje, ya que es este el que da lugar a una clasificación de la realidad en categorías positivas o negativas. Según Páez, Luciano, y Gutiérrez (2005) las personas al estar moldeadas por la cultura se comportan por una orientación a buscar el placer y el bienestar y se intenta alejar el dolor y el malestar. Así las cosas, las condiciones como quimioterapias, náuseas y procedimientos médicos en general se asumen como condiciones que generan sufrimiento y por ende en muchos casos deben ser evitadas o moduladas para no experimentarlas.

Estas relaciones que ayuda al individuo a organizar su mundo, también se usan para explicar el comportamiento autorreferencial, es decir para el comportamiento orientado a hablar de sí mismos, Skinner en 1975 enmarca este proceso como aquel mediante el que se discrimina verbalmente su propio comportamiento diferente del comportamiento de los demás.

El yo referencial, era entendido por Skinner (1996) como una definición teniendo en cuenta la relevancia u origen social, ya que primero se conoce algo acerca del mundo y con base en dicho conocimiento, se derivan características para conocer características propias (Plazas, 2006, p. 379). De esta manera, los niños en desarrollo aprenden a configurarse a sí mismos porque la sociedad hace preguntas que funcionan como estímulos para hablar de la propia experiencia: "¿qué hiciste esta mañana?" "¿cómo te sientes ahora?" y refuerza dos respuestas autorreferentes en consecuencia, una que habla del comportamiento propio en otro momento y otra que habla de la experiencia emocional individual en el momento de la pregunta.

Inicialmente los referentes a sí mismos son públicos, la experiencia privada del yo surge como consecuencia de esta historia mediada por el individuo y su contexto en donde aprende a referirse a sí mismo de forma privada (Kanter, Parker, & Kohlenberg, 2001, p. 201). De esta forma, se explica la experiencia del yo en términos de contingencias ambientales que ayudan a

establecer el control sobre la experiencia propia del individuo, generando una toma de perspectiva continua que permite “ser siempre de alguna manera, la misma persona” (Törneke, 2016, p. 149), priorizando el contexto como parte fundamental al momento de estudiar la experiencia del yo (Kanter, Parker, & Kohlenberg, 2001).

A partir de estas especificaciones, la TMR plantea las relaciones entre estímulos, con diferentes nombres, que denotan el tipo de vinculación entre los estímulos que relaciona, denominándolos así marcos relacionales y definiendo diferentes tipos: marco relacional de coordinación, de relaciones de oposición, de distinción, de comparación, de relaciones jerárquicas, temporales, espaciales, de condicionalidad y de causalidad, y el que se trabajará en esta investigación el marco relacional deíctico que se enfoca en la perspectiva del hablante (Fletcher, L. y Hayes, S., 2005).

Con base en las características de la configuración del yo, se asocian desde la TMR, los marcos deícticos que dan cuenta de aquellas descripciones que el individuo hace de su propio comportamiento y los contextos inmersos para su emisión, de acuerdo con Barnes, Hayes y Dymond (2002), los marcos deícticos corresponden a un tipo de marco relacional que implica la toma de perspectiva del hablante, definida como la capacidad para identificar y adoptar el punto de vista de otro individuo (Villardaga, Estévez, Levin, y Hayes, 2012) y que está asociado a todos sus discursos personales. Estas formas de relacionar eventos se abordan a partir de tres distinciones: YO - TÚ (Perspectiva interpersonal) AQUÍ - ALLÍ (Perspectiva espacial) y AHORA - ENTONCES (Perspectiva temporal). De este modo, se dan las posibles combinaciones entre estos tipos de relaciones, las cuales dependen de la postura del hablante y la relación entre el individuo y los eventos circundantes.

Bajo esta perspectiva, Tanz (1980) y Weil (2006), indican que a partir de los marcos deícticos se constituyen conjuntos de respuestas aprendidas que posibilitan a las personas hablar desde su propia perspectiva en un contexto particular o desde la perspectiva de un otro. Estos tres tipos de relaciones se podrían encontrar en condiciones como: TÚ y YO (si *tú* no tienes cáncer y *yo* sí, pensaría que tú no tendrías por qué sufrir como yo), AQUÍ y ALLÍ (Me siento viva asistiendo a los tratamientos *aquí* en el Hospital, más que cuando estoy en mi casa y no puedo parar de llorar – *allá*-”), y finalmente, AHORA y ENTONCES (si *ahora* asisto a las quimioterapias, *entonces* en un futuro me curaré del cáncer).

Metodología de la investigación

Diseño

La presente investigación se fundamenta en un enfoque mixto con preponderancia cualitativa, se pretende hacer una recolección desde diversos tipos de datos que den una visión más completa del fenómeno de estudio (Hernández, Sampieri y Mendoza, 2010).

Los elementos cualitativos se presentan como datos empíricos originales que parten de la perspectiva de los participantes y se enmarcan en una tradición subjetivista, eligiendo varios casos prototípicos que ilustran variantes del fenómeno de estudio. Asimismo, el componente cuantitativo considera características cuantitativas no experimentales ya que durante la investigación no se realiza ningún tipo de manipulación directa con respecto a las variables del estudio (Montero y León, 2002).

Este método mixto implica la recolección simultánea de datos, así como su integración y discusión conjunta a través de la complementación, para realizar inferencias cuantitativas y cualitativas, producto de toda la información recabada (meta-inferencias) (Hernández, Sampieri y Mendoza, 2010).

Su alcance es exploratorio y descriptivo; exploratorio en cuanto pretende examinar un tema que ha tenido poco abordaje, que en este caso alude al análisis desde toma de perspectiva de mujeres con cáncer de seno. Y descriptivo en la medida en que se orienta a especificar la forma en que se expresa la toma de perspectiva de las mujeres con cáncer de seno, en asociación a la aceptación de su imagen corporal y de la enfermedad (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Método

Para el abordaje de los aspectos cuantitativos, se utilizó un análisis correlacional para las variables *edad* y *nivel socioeconómico*; y unas pruebas de hipótesis para las variables sociodemográficas *estado civil* y *fase del cáncer*, siguiendo los modelos de Chi Cuadrado por Bondad de Ajuste y el de Kruskal Wallis, respectivamente. Por su parte, desde el componente cualitativo, se emplea el programa Atlas Ti, para segmentar datos en unidades de significado, codificarlos, y relacionar conceptos entre categorías y temas teniendo en cuenta las experiencias subjetivas de las participantes.

Participantes

La muestra estuvo conformada por veinticinco (25) mujeres de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana, algunas de ellas pertenecientes a las fundaciones SenosAma y Asociación Voluntaria De Apoyo Integral al Enfermo de Cáncer – AVAC. Entre los criterios de inclusión, se tuvieron en cuenta que estas mujeres debían ser mayores de edad y haber recibido el diagnóstico de cáncer de mama, situándose en las diversas etapas de la enfermedad. La selección de dicha muestra se realizó a conveniencia con un muestreo no probabilístico, sin procedimientos de escogencia mecánicos, ni con base en fórmulas de probabilidad. Las mujeres firmaron un consentimiento informado en el que se evidenciaba estar de acuerdo con lo pactado en el estudio.

Instrumentos

Escala de Imagen Corporal de Hopwood -Ver apéndice 1-, Evalúa la imagen corporal en pacientes oncológicos. Consta de diez ítems tipo Likert (0 *nada*, y 3 *muchísimo*) que abordan aspectos conductuales, cognitivos y también afectivos. La medición general de dicha variable se expresa con puntuaciones entre 0 y 30, donde a mayor puntaje en la prueba, existe mayor deterioro en la imagen corporal. De acuerdo con Moreira, Silva, Marques y Canavarro (2010),

las propiedades psicométricas del instrumento para poblaciones latinoamericanas evidencian una validez divergente y convergente de .927; y una fiabilidad de .76 calculada a través del método de consistencia interna de los ítems.

Por otra parte, para la medición cualitativa de los constructos, se empleó una entrevista semiestructurada (ver apéndice 2), construida a partir de categorías orientadoras (Elementos sociodemográficos, marcos relacionales, aceptación y compromiso) que surgen del marco teórico (ver apéndice 4).

Procedimiento

La presente investigación se organizó en VI fases de la siguiente manera:

I - Fase de organización y conceptualización: se llevó a cabo la elección del tema de investigación. Se realizó la revisión de literatura y la identificación de posibles dificultades teóricas y metodológicas con relación al tema de estudio delimitando los objetivos de este.

II – Fase de construcción: se planteó el diseño para abordar el fenómeno de estudio y se delimitaron las categorías de análisis de la entrevista, construyendo los ítems que la conformaron.

III - Fase de contacto: Se delimitaron los criterios de inclusión para la población y se realizó el contacto con las diferentes instituciones que contaban con las posibles participantes dando a conocer la investigación, objetivos y las implicaciones para ellas.

IV – Fase de trabajo de campo: Se seleccionaron los participantes, se les entregó el consentimiento informado y se les dio explicación de la investigación, su rol en la entrevista y la posibilidad de retirarse en el momento en que así lo decidieran. Finalmente, se realizó la entrevista con cada uno de los participantes y se les aplicaron los respectivos instrumentos.

V – Fase de Organización de resultados: Se realizó la transcripción de las entrevistas y se codificaron a través del Software Atlas Ti y las respectivas categorías que emergieron de la búsqueda teórica y la riqueza del discurso de los participantes. Adicionalmente, se llevaron a cabo los análisis cuantitativos de las pruebas a través del software estadístico SPSS.

VI – Fase de análisis: Se llevó a cabo el análisis de resultados y se contrastaron con la literatura para obtener la discusión y conclusiones de la investigación.

Análisis de los datos

Los datos que se recopilaron a través de la Escala Hopwood de Imagen Corporal y para su análisis se empleó la herramienta estadística e informática SPSS - Statistical Package for the Social Sciences-, en su versión 25.0, la cual permitió realizar el análisis correlacional para las variables edad y nivel socioeconómico, así como las pruebas de hipótesis para las variables sociodemográficas estado civil y fase del cáncer, las cuales caracterizan a la muestra de participantes.

Para el análisis de las entrevistas realizadas, se utilizó el software Atlas Ti, en su versión 7. El análisis se dividió así: (1) organización de datos recolectados (transcripción de la información) (2) preparación de los datos para el análisis (se revisó la estructura de las entrevistas y las transcripciones, corrigiendo posibles errores de digitación y organización de la información, respetando el lenguaje de los participantes) y (3) Revisión y análisis de los datos (con los cuales se codificaron las categorías temáticas y unidades comunes para la configuración de subcategorías anidadas y posterior construcción de hipótesis explicativas sobre el tema).

Consideraciones éticas

El presente estudio se rigió por las normas Éticas Colombianas para la investigación (resolución 8430/1993) desde las cuales se establecen las reglamentaciones científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos, de esta manera se cataloga como una investigación en humanos con riesgos mínimos, no existiendo ningún riesgo serio como consecuencia inmediata o tardía de la participación en esta investigación; las posibles molestias pudiesen estar relacionadas con la disposición del tiempo empleado para el desarrollo de las aplicaciones del instrumento psicométrico y de la guía de entrevista. Por tanto, se basó en los principios de autonomía en la medida en que cada participante voluntariamente decidió hacer parte de esta investigación -conociendo la información respectiva plasmada en el consentimiento informado- y; en el de no maleficencia, pues no provocó daño alguno a las personas y se limitó a la recolección de datos de manera no invasiva.

Resultados

En este apartado se muestran los datos obtenidos durante las fases V y VI de la investigación: Organización y análisis de resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de imagen Corporal y de la entrevista semiestructurada. Los resultados se organizaron en tablas, mapas y figuras de la siguiente manera:

- **Caracterización de la muestra:** Cuatro (4) figuras distribuidas en estado civil, edad, nivel socioeconómico y fase del cáncer.
- **Análisis cuantitativo:** Cuatro (4) tablas de análisis de puntuaciones medias, una por cada variable sociodemográfica según los resultados de la escala, y una (1) tabla de correlaciones y prueba de hipótesis de estas mismas variables de estudio.
- **Análisis cualitativo:** Una (1) tabla de frecuencia de códigos arrojados en la entrevista, cuatro (4) figuras sobre las relaciones entre categorías para cada eje de indagación (Perspectiva Interpersonal, Perspectiva Temporal, Aceptación y Compromiso) y una (1) figura sobre las relaciones más importantes entre los ejes de indagación mencionados anteriormente.
- Adicionalmente se presentan cuatro (4) figuras respecto a: antecedentes, prestación de servicios, necesidades de las mujeres con cáncer de seno y cómo definen ellas el concepto de mujer.

Caracterización de la muestra

Para un total de 25 participantes se identifican los siguientes datos:

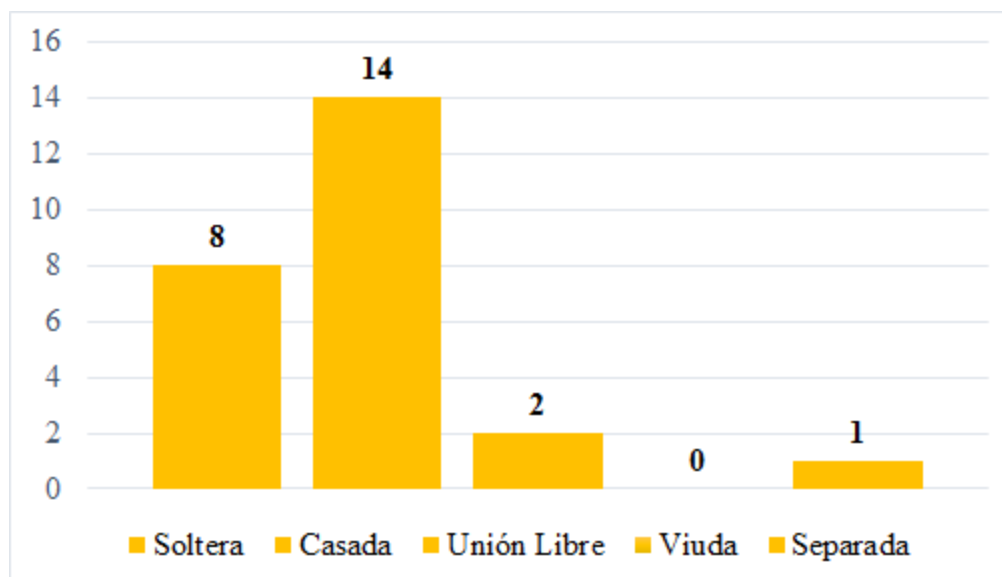


Figura 1. Caracterización de la muestra según el estado civil

A partir de los datos obtenidos a través de la prueba, se observa que, de las 25 participantes del estudio, el 56%, es decir 14 mujeres se encuentran actualmente casadas, de igual forma, 8 de estas mujeres que equivalen al 32% de la muestra están solteras. Por otra parte, el 8% de estas féminas viven en unión libre con sus parejas, mientras que solo 1 persona de la muestra afirma ser separada. Finalmente, no se reporta ningún caso de mujeres que sean viudas.

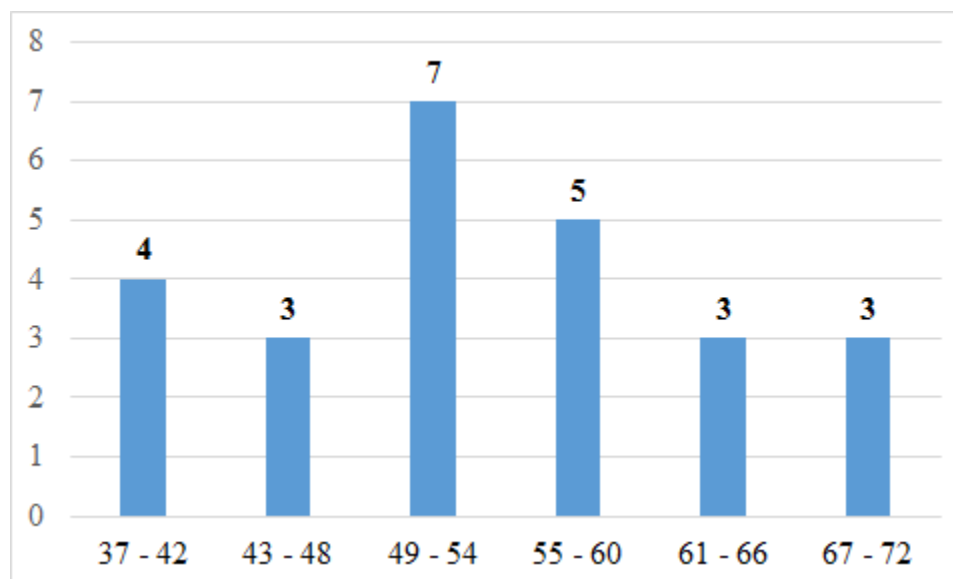


Figura 2. Caracterización de la muestra según la edad

Con base en la información adquirida por la prueba y la entrevista, se identifica que las participantes se encuentran entre un rango de edad de los 37 a los 72 años; de la misma forma, cabe destacar que, el 28%, es decir, 7 de los 25 sujetos, tienen edades entre los 49 y 54 años. Asimismo, se identifica que el 20% de estas mujeres (5) circundan edades entre los 55 y 60 años; 4 de los 25 sujetos (16%) poseen entre 37 y 42 años. Finalmente, las 9 participantes restantes, equivalentes al 36%, se encuentran distribuidas con un 12% para cada uno de los rangos de edad de 43 a 48, de 61 a 66 y de 67 a 72 años.

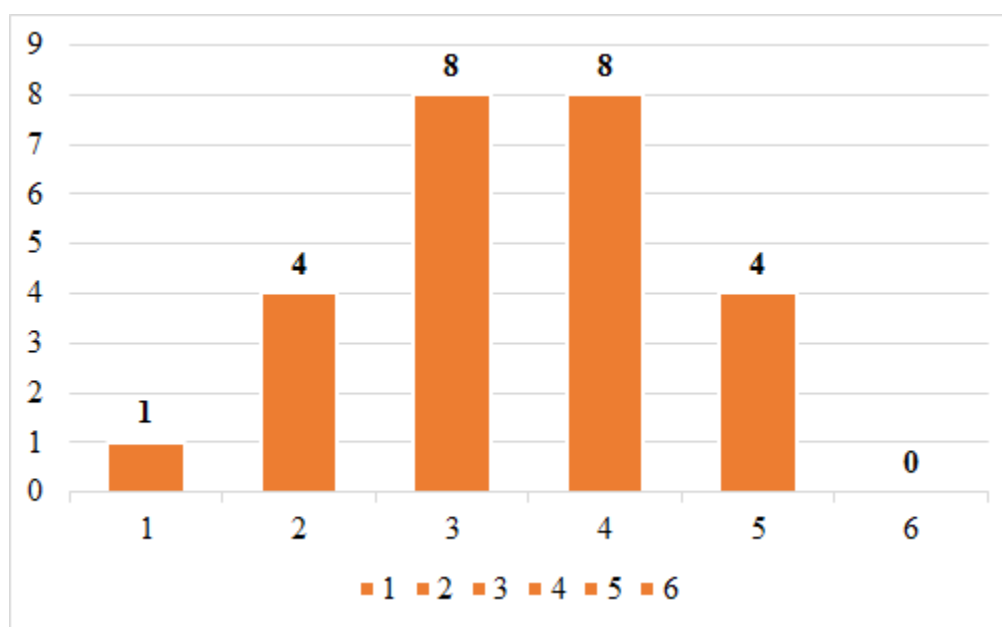


Figura 3. Caracterización de la muestra según el nivel socioeconómico

Según los datos obtenidos en el presente estudio, el 64% de estas mujeres se encuentran en estratos 3 y 4, con una representatividad de 8 (32%) participantes para cada uno de estos. Por otra parte, un 16% de las mujeres viven en un nivel socioeconómico 2, tal como ocurre con un 16% equivalente a 4 personas que residen en viviendas de un nivel socioeconómico 5. El 4% restante, es decir, 1 participante de 25 vive en estrato 1. Finalmente, no se encuentran casos de mujeres que residen en un hogar con estrato socioeconómico 6, dentro de la muestra de la investigación.

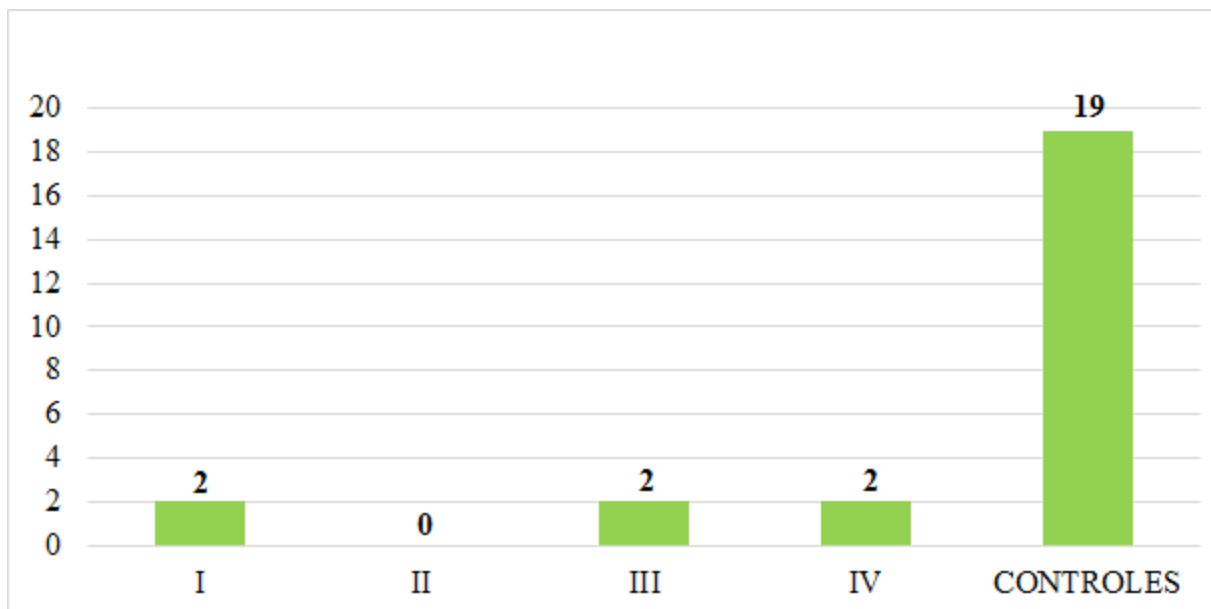


Figura 4. Caracterización de la muestra según la fase del cáncer

De acuerdo con la información recopilada en esta investigación, se identifica que, de un total de 25 participantes, el 76% de estos, es decir, 19 mujeres, se ubican dentro de la fase de controles o remisión médica, denotando haber ya superado dicha enfermedad. De igual forma, se identifica que el 24% restante de la muestra, corresponde a mujeres que se encuentran en fases I o detección, III y IV; con una representatividad de 2 casos para cada una de estas fases. Por último, no se identifican dentro del estudio participantes que actualmente estén en la fase II del cáncer de mama.

Análisis cuantitativo

A partir de la aplicación y de los resultados obtenidos de la Escala de Imagen Corporal (BIS) de Hopwood en la muestra de participantes, se identifica lo siguiente:

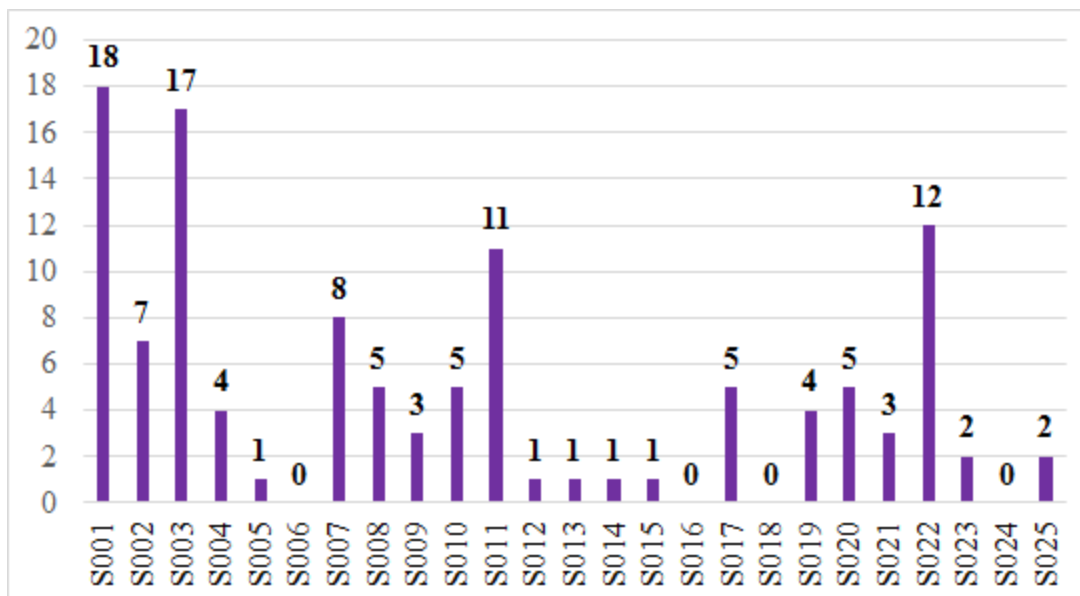


Figura 5. Dispersión de las puntuaciones generales en la EIC

Con base en los datos obtenidos en la Escala, se identifica una calificación promedio de 4.64, considerando para esta, valores mínimos de 0 y un valor máximo de 18. La tendencia está marcada por puntuaciones inferiores a 5, ubicando al 76% de las mujeres en este rango. Asimismo, las calificaciones por encima del punto de corte (15), solo poseen una representatividad del 8%, es decir, 2 de los 25 casos, presentan una afectación ligeramente significativa en la aceptación de la imagen corporal con puntuaciones de 17 y 18.

De acuerdo con la variable *estado civil*, se logra identificar que la media de las puntuaciones en la Escala BIS, para el caso de las participantes que se encuentran casadas es de 4.2, con puntuaciones que van desde un mínimo de 0 y un valor máximo de 17 puntos. Por su parte, las mujeres solteras del estudio puntuaron una media de 6.4, con valores mínimos de 1 y un valor máximo de 18, ver tabla 1.

Tabla 1.

Análisis de puntuaciones medias por estado civil según la escala

Estado Civil				
EC	Mín	Máx	—x	
<i>Casada</i>	0	17	4.2	
<i>Separada</i>	0	0	0	
<i>Soltera</i>	1	18	6.4	
<i>Unión libre</i>	2	4	3	

En el caso de las mujeres que viven en unión libre, presentan una puntuación media de 3, caracterizado por una de 2 como valor inferior y una de 4 como valor superior. Para el caso de las personas separadas, se registró una media de 0, siendo este el valor mínimo y máximo. Los puntajes permiten indicar que la mayoría de los casos resultan ser inferiores al punto de corte (15), entendiéndolo como un nivel de afectación mínimo, lo que permite identificar que no existe una relación importante entre EC y la afectación de IC; lo anterior, asociado a un proceso de aceptación avanzado acerca de los cambios presentes en su imagen corporal.

En la tabla 2 se puede observar el análisis por *edad*, se detecta para mujeres entre los 37 y 42 años, una media de puntuaciones de 6, comprendidas por valores que oscilan desde un mínimo de 3 hasta un máximo de 12 puntos. Las participantes con rangos de edad entre 43 y 38 años puntúan en promedio 5.3 adoptando valores máximos de 11 y mínimos de 1. Mientras que aquellas con edades de 49 a 54, lograron una media de 4.4, con valores de 1 y 17 como mínimo y máximo respectivamente.

Tabla 2.

Análisis de puntuaciones medias por edad según la escala

Edad			
E	Mín	Máx	\bar{x}
37 - 42	3	12	6
43 - 48	1	11	5.3
49 - 54	1	17	4.4
55 - 60	0	8	4.6
61 - 66	2	18	7.3
67 - 72	0	0	0

Las participantes con edades de 55 a 60 años puntúan una media de 4.6, compuesta por un valor inferior de 0 y una de 8 como valor superior. Por otra parte, hay una media de 7.3 para mujeres de edades entre 61 y 66 años, caracterizada por un mínimo de 2 y un máximo de 18. Finalmente, las pacientes con edades entre los 67 y 72 años obtuvieron puntuaciones medias y límites de 0.

A partir de esto, se deduce que la tendencia en las puntuaciones de las mujeres según su edad, son menores a 15, siendo este el punto de corte para la escala, y se relaciona también con un nivel de afectación mínimo, denotando una adecuada aceptación de los cambios presentes en su imagen corporal en función de la edad.

Para la variable *nivel socioeconómico*, se identificó una media de 2 para el estrato 1, con puntuaciones mínima y máxima de 2. Por su parte, las mujeres que residen en un nivel socioeconómico 2, puntuaron una media de 7, con valores mínimos de 1 y un valor máximo de 18.

Las mujeres que viven en estrato 3, presentan una media de 4.3, caracterizado por una puntuación de 1 como valor inferior y uno de 11 como valor superior. Para el caso de las participantes con un nivel socioeconómico 4, se registra una media de 6.3, siendo para ésta, el valor mínimo 0 y el máximo 17. De la misma manera, se identifica para aquellas con un estrato 5, una media de 0.5 con un puntaje máximo de 2 y un mínimo de 0. Por último, no se registran casos de mujeres que viven en un nivel 6.

Tabla 3.

Análisis de puntuaciones medias por nivel socioeconómico según la escala

Nivel socioeconómico				
NS	Mín	Máx	\bar{x}	
1	2	2	2	
2	1	18	7	
3	1	11	4.3	
4	0	17	6.3	
5	0	2	0.5	
6	-	-	-	

Con base en estos datos, se determina relativamente mínima la relación entre las puntuaciones de las mujeres en la escala de imagen corporal y el nivel socioeconómico, llevando consigo a entender que en el 88% existe el mismo nivel de afectación de la imagen corporal, siendo este mínimo y no determinado por el nivel socioeconómico.

A partir de los datos obtenidos para la variable *fase del cáncer*, se detecta que las puntuaciones de las participantes en fase I, obedecen a una media de 4, desde la que comprenden valores oscilantes entre 0 y 7 puntos. Por otro lado, las mujeres que se ubican en una fase III,

presentan puntajes asociados a una media de 8.5, con valores mínimos de 5 y un valor máximo de 12. En el caso de las mujeres que se encuentran en la IV fase del cáncer de seno, se identifican puntuaciones con una media de 8.5, comprendida por valores de 1 como valor inferior y de 18 como valor superior. Para el caso de las personas en fase CONTROL, se registra una media de 9.5, siendo 0 el valor mínimo y 17 el máximo. Por último, se destaca que en la investigación no se contó con participantes que estuviesen en la fase II de la enfermedad, ver tabla 4.

Tabla 4.

Análisis de puntuaciones medias por fase de cáncer según la escala

Fase del cáncer			
FC	Mín	Máx	\bar{x}
<i>I</i>	1	7	4
<i>II</i>	-	-	-
<i>III</i>	5	12	8.5
<i>IV</i>	1	18	9.5
<i>CONTROL</i>	0	17	3.8

Según esta información, se puede interpretar que las puntuaciones descritas según la fase, en la mayoría de los casos resultan ser inferiores al punto de corte (15), sin embargo, cabe resaltar que las medias más altas de todas (9.5 y 8.5) corresponden a las fases III y IV, y esto puede deberse a que son en estas etapas en las que es latente la aparición de cambios físicos debido a los tratamientos químicos o cirugías. Si bien en estas etapas se incrementa la afectación, la diferencia es muy baja, ya que como se ha mencionado anteriormente, para la mayoría de las

participantes hay un nivel de afectación mínimo, desde el que se percibe un proceso de aceptación avanzado ante los cambios en su imagen corporal arraigados por el cáncer.

A partir de la aplicación y de los resultados obtenidos de la Escala de Imagen Corporal (BIS) de Hopwood en la muestra de participantes, se identificó que las variables edad y nivel socioeconómico, con relación a la Imagen Corporal demostraron una asociación positiva pero baja, con valores de 0.287 y 0.374 respectivamente, lo que indica que ninguna de las características ni edad, ni estrato incidirían o explicarían alteraciones en la percepción que tienen estas mujeres con respecto a la imagen corporal, ver tabla 5.

Tabla 5.

Correlaciones y prueba de hipótesis de variables de estudio

Características sociodemográficas	Imagen Corporal
<i>Edad</i>	0.287
<i>Nivel socioeconómico</i>	0.374
<i>Estado civil</i>	p-valor: 0.004 < α : 0.05
<i>Fase del cáncer</i>	p-valor: 0.005 < α : 0.05

Asimismo, se logra establecer a través de la prueba de hipótesis con el chi cuadrado por bondad de ajuste, que no existe una relación directa o significativa entre el *estado civil* y la *imagen corporal*, la asociación entre dichas variables corresponde a un p-valor de 0.004, y resulta ser inferior al alfa estipulado.

Por otra parte, la prueba de Kruskal Wallis arroja que la significancia del p-valor de la variable *fase de cáncer* (0.005), es menor al alfa adoptado para la prueba de hipótesis, lo que permite deducir que no está presente una relación propiamente dicha entre la fase del cáncer y los resultados de la *imagen corporal* de las participantes.

Análisis Cualitativo

Con las entrevistas codificadas y organizadas se estructuraron los datos, se obtuvieron frecuencias y se analizaron relaciones que emergían de las entrevistas, contrastando todo esto, con la información documental previamente analizada. En la tabla 6, se identifican las categorías temáticas, subcategorías y los respectivos códigos o nodos, ubicados a partir de 4 ejes de indagación principales: Perspectiva Interpersonal (YO-TÚ), Perspectiva Temporal (AHORA-ENTONCES) (categorías que surgen de la designación por la TMR) y la Aceptación y Compromiso (Aceptación como uno de los constructos principales de análisis y el compromiso asumido a través de los comportamientos de cuidado frente a la enfermedad); con un total de 35 subcategorías y 102 nodos, correspondientes a los de mayor frecuencia dentro del discurso de los participantes y organizados por su frecuencia de mayor a menor.

Tabla 6.

Frecuencia de códigos

Ejes de indagación	Categorías Temáticas	Subcategoría	Nodos	F
			Fuerte	11
Perspectiva Interpersonal	Definición Propia (DP)	<i>DP. Familiar y Social</i>	Valiente	7
		Positiva	Recursiva	2
			Solidaria	2
			Tranquila	2

		Fuerte	9
	Positiva	Solidaria	8
		Alegre	8
		Trabajadora	5
	<i>DP. Personal (Yo)</i>	Valiente	3
	Negativa	Poco sociable	1
		Apoyo	43
	Efectivas	Fe	6
		Demostración de cariño	1
	<i>AFE. Familiar</i>	Evitación	8
		Despreocupación	5
	Inefectivas	Negación	4
		Invalidación	3
		Rechazo	3
		Fe	4
	Efectivas	Actividades complementarias	1
	<i>AFE. Mujeres con cáncer de seno (Otras)</i>	Desánimo	8
	Inefectivas	Evitación	6
		Rechazo	2
		Fe	26
	Efectivas	Interés	13
		Actividades	2
	<i>AFE. Personal</i>	Apoyo	1
	Inefectivas	Ideación suicida	6
		Evitación	1

		Negación	1
		Muerte	13
		Lástima	9
	<i>C. Social</i>	Definición Experiencial Negativa	Desinformación 6
		Gran afectación	5
		Enfermedad Terrible	2
		Definición Conceptual	Crecimiento y división de células 3
Cáncer (C)		Enfermedad Terrible	11
	<i>C. Personal</i>	Gran afectación	7
		Definición Experiencial	Muerte 7
		Silencioso	1
		Tiene cura	1
Imagen Corporal (IC)		Buena presentación	4
	<i>I.C Personal</i>	Importante	Maquillaje 3
			Accesorios 1
		Poco Importante	Natural 7
		No vale la pena	1
	Importante	Buena presentación 16	

	<i>IC. Familiar</i>	Comportamientos excesivos	7		
		Poco Importante	12		
Perspectiva Temporal		Estricta	2		
		Agresiva	1		
		Negativa	Amargada	1	
			Orgullosa	1	
			Prepotente	1	
		<i>DP. Antes de la enfermedad</i>	Positiva	Alegre	1
				Noble	1
				Trabajadora	1
		Definición Propia (DP)	Negativa	Insatisfacción en sus habilidades físicas	7
					Insegura
	<i>DP. Después de la enfermedad</i>		Positiva	Fuerte	6
					Empática
				Generosa	3
				Resiliente	3
			Solidaria	2	
		Ganancias	Resignificación de la vida	23	

			Unión familiar	15	
			Amor propio	8	
			Mejores relaciones sociales	7	
		<i>CE. Después de la enfermedad</i>	Mayor espiritualidad	5	
Consecuencias de la enfermedad (CE)			Trabajo	4	
	Pérdidas		Energía física	2	
			Pareja	1	
Identificación Emocional (IE)	<i>IE. Inicio de la enfermedad</i>	Negativa	Tristeza	20	
			Rabia	11	
			Impotencia	7	
			Preocupación	5	
				Resentimiento	5
		<i>IE. Después del tratamiento</i>	Positiva	Tranquilidad	2
				Felicidad	1
				Sensibilidad	3
Cáncer (C)	<i>C. Antes de la enfermedad</i>	Negativa	Muerte	7	
	<i>C. Después de la enfermedad</i>	Positiva	Tiene cura	17	
			Sin distinción	3	
		Negativa	Poca Importancia	1	

	Mujeres con cáncer de seno (MCS)	<i>Antes de la enfermedad</i>	Positiva	Valientes	4
				Respeto	1
		<i>Después de la enfermedad</i>	Positiva	Valientes	5
				Fuertes	4
				Resilientes	2
		<i>AC. De la enfermedad</i>	Elaboración		17
Aceptación	Aceptación (AC)		Rechazo		2
		<i>AC. Cambios físicos</i>	Elaboración	Caída del cabello	22
				Operación del Seno	22
				Desproporción corporal	3
				Cumplimiento de citas médicas	21
				Tomar el medicamento	19
			Efectiva	Asistencia a terapias	12
				Buena alimentación	11
Compromiso	Compromiso (C)	<i>Responsabilidad ante el tratamiento</i>		Seguimiento de recomendaciones médicas	10
			Inefectiva	No seguimiento de	2

recomendaciones médicas	
No cuidado de la alimentación	1

Estas categorías, subcategorías y nodos de análisis, se organizaron y definieron a continuación en diferentes mapas, para desde allí poder delimitar las relaciones establecidas, reconocer el discurso de las participantes y su relevancia. Así las cosas, en la figura 6, se puede identificar la Perspectiva Interpersonal (Tú - Yo) que hace referencia a los dos polos de: (1) la experiencia propia y (2) lo que las participantes asumen que piensan los demás (familia, sociedad y otras mujeres con cáncer). La perspectiva interpersonal está compuesta por las categorías temáticas de Definición Propia (DP), Imagen Corporal (IC), Acciones frente a la enfermedad (AFE), y el Cáncer (C) como enfermedad.

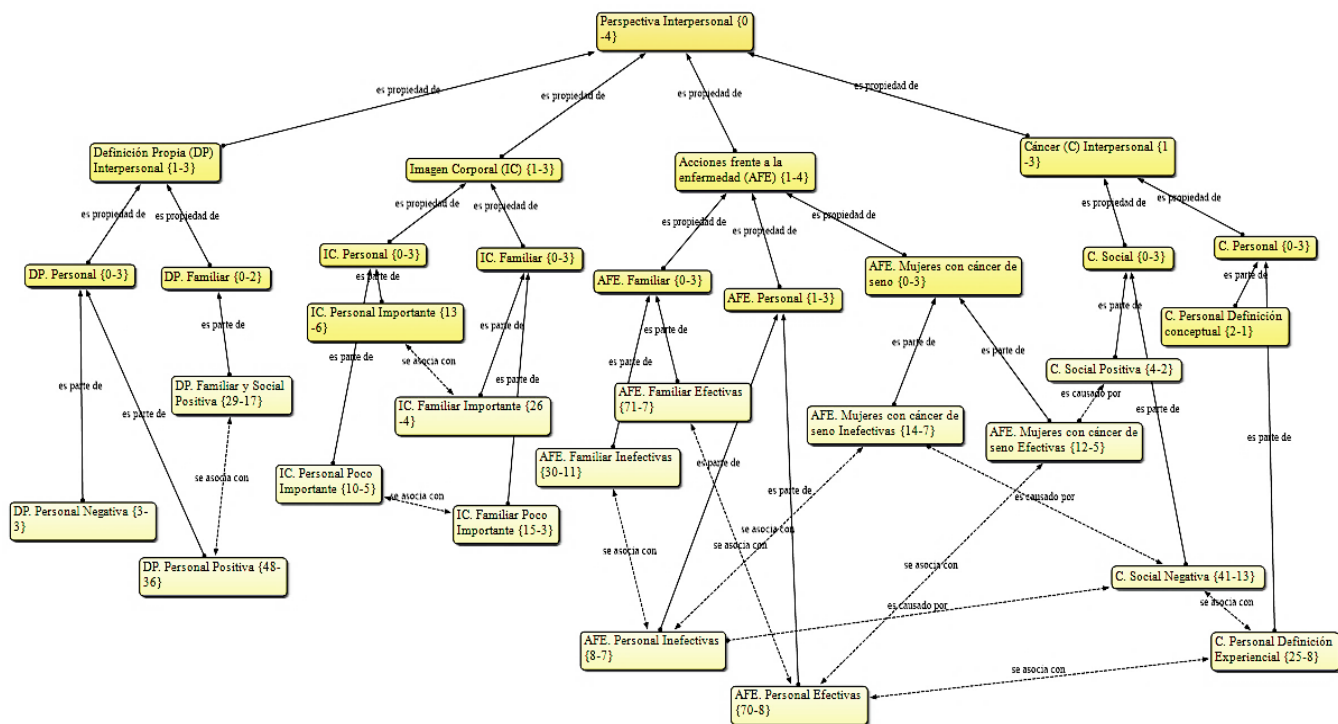


Figura 6. Perspectiva Interpersonal- Mapa de relaciones entre subcategorías.

La categoría de Definición Propia está referida a la forma en cómo se definen ellas mismas (DP personal), y cómo ellas creen son definidas por su familia (DP familiar), encontrando que lo hacen principalmente, a través de cualidades y aptitudes. La definición se dividió en subcategorías de definición positiva y negativa; Positivas con adjetivos como **fuerte** (“Soy una mujer que le ganó la lucha el cáncer ... sigo siendo la misma versión, mejorada”), **solidaria** (“me siento muy realizada y ayudándole a la persona que le pueda ayudar-que quiere dar lo mejor de sí a las personas que la rodean”), **alegre** (“yo siempre he sido como muy alegre entusiasta”), trabajadora (“una persona estricta que se dedicaba mucho al trabajo”) y **valiente** (“me siento más valiente”); sólo una de las mujeres se describió en la subcategoría negativa como **poco sociable** (“es difícil volver una otra vez a socializar, yo prefiero por eso estar sola en la casa”).

En relación con la descripción que cree darían sus familias sobre ellas, todas las definiciones fueron positivas y se comparten las mismas cualidades descritas por ellas: fuerte, valiente, solidaria y se adicionan características como **recursiva** (*“una mujer que no se vara con nada, mejor dicho, ella muy recursiva”*) y **tranquila** (*“ya dejé de ser tan normativa y todo eso sobre todo con mi nieto”*).

En la Imagen Corporal, relacionada con la importancia que le daban las figuras femeninas en su familia, y con la importancia que le da ella actualmente. La mitad le dieron importancia a través del mantenimiento de una **buena presentación** (*“me servía de que yo tenía que estar bien, o sea, si tenía que estar en pijama, que fuera una buena pijama, no que estuviera yo con una pijama rota, toda llevada, no”*), **usar maquillaje** (*“buena apariencia personal, lo que yo le digo es que hay que tener bien arregladitos sus ojos, bien arregladita su piel, su boca”*) y **accesorios** (*“yo aún me pongo una pincita”*); la otra mitad mencionó que consideraban mejor mantenerse **naturales** (*“primera ropa que encuentro me la pongo, no me echo polvos porque no me gusta, mejor nada de pintura”*) y que era un aspecto en el que no valía la pena enfocarse (*“hace tiempo que eso ya no me preocupa, ni arreglarme- soy sencilla, no necesito estar así bien pendiente de maquillaje, eso se lo aprendí a mis familiares”*). Por parte de la importancia que ellas creen le daban sus familiares, más de la mitad refirió que la **buena presentación** era un aspecto muy marcado e inculcado por sus madres, está representada por características de limpieza y apariencia principalmente (*“ella consideraba que la belleza estaba en el aseo y no en esos lujos de maquillarse y manicure o pedicura”*). Asimismo, debido a las condiciones histórico-culturales de las madres, las mujeres mencionan que sus figuras femeninas cercanas conservaban un aspecto **natural** (*“ella era una mujer muy sencilla, mi mamá no se echaba un labial, mi mamá no se echaba una crema, primero por su situación económica y segundo, pues*

nunca se acostumbró”), por lo tanto, el cuidado por aquello que se estereotipa como feminidad, no era tan necesario. De acuerdo con las verbalizaciones no existe relación directa y significativa entre la importancia que le dan las pacientes y la importancia que le daban sus figuras femeninas cercanas a la imagen física; en algunos casos los comportamientos sí estaban influidos por la crianza, pero en otros, las conductas entre madres e hijas eran opuestas.

En acciones frente a la enfermedad, se consideraron las acciones efectivas e inefectivas tanto personales, como las que ellas han visto que adoptan sus familiares y las que asumen otras mujeres con cáncer de seno, encontrando que en acciones efectivas, las tres perspectivas comparten acciones de **fe** (*“dios es el único que nos puede curar con la bendición y apoyo de los médicos”*); la personal y la familiar comparten el **apoyo** (*“mi familia es hermosa... por decir yo tengo una prima que vive en Barranquilla y yo no podía dormir, y ella con un primo se ponían a hablar por el WhatsApp para hacerme reír y yo terminaba saliendo al mirador a soltar la risa y a carcajearme terrible”*- *“yo la vi a ella ahí encaramada encima mío llorando conmigo y abrazándome y diciéndome que me prometía que todo iba a estar bien, yo siento que yo ese día dije: yo voy a salir adelante... ese apoyo emocional de ella me dio las fuerzas suficientes para decir: yo puedo luchar esto”*); y la personal y la de otras mujeres con cáncer de seno comparten **actividades complementarias** que favorecen la recuperación (*“me metí a hacer a hacer yoga, o sea, yo busqué ayuda, eso sí hice, busqué ayuda”*).

En cuanto a las acciones inefectivas, seis (6) de las mujeres mencionaron que en algún momento tuvieron **ideas de suicidio** debido al impacto del diagnóstico y al gran dolor generado por la quimioterapia (*“yo creo que fue que el diablo se metió en mi cabeza, porque me dijo ahí hay un lazo debajo de las escaleras, y ahí está la ventanita y la rejita donde pararse y tirarse”*); a nivel familiar, las mujeres mencionaron que algunos integrantes de la familia pudieron

reaccionar con **evitación** (“*la verdad no siento que haya recibido el apoyo que uno quería en ese momento, algunos estaban ausentes ... fue igual con mis otras hermanas, como que preferían callar y no opinar mucho... en general todo fue muy poco apoyo*”), **despreocupación** (“*eso a nadie le importa, se olvidan de uno, ni están pendientes ni nada*”), **invalidación** (“*los más lejanos piensan que es una bobada, juzgan mal, dicen que uno es muy floja*”) y **rechazo** (“*ella me dice que lleva 3 años con el esposo, o sea, viven juntos pero no revueltos, entonces yo le digo pero por qué y ella me dice porque no, porque él me dice que primero que no tengo pelo y porque no tengo una teta*”). Adicional a estas, las pacientes refirieron que han vivenciado cómo otras mujeres reaccionan frente a la enfermedad a través de **desánimo** (“*otras que, si las ve uno bien decaídas, bien llevadas por la tristeza*”). En acciones frente a la enfermedad se evidenció que el apoyo brindado por la familia y por la pareja para el caso de las mujeres casadas, tenía gran influencia sobre las acciones personales, generando impacto positivo en la recuperación de la paciente.

Con relación a la perspectiva sobre el cáncer, se establecieron la perspectiva personal y la perspectiva social. Para la primera de ellas se encontraron dos tipos de definiciones del cáncer: una definición desde lo conceptual, es decir, desde una aproximación académica (“*multiplicación de células anómalas sí que se da en el organismo y que tiene muchas variantes... esa multiplicación de células dicen que se cataloga como enfermedad*”) lo cual estaba relacionado con el nivel superior de educación en dos (2) de las mujeres; y otra definición experiencial desde la vivencia propia de la enfermedad, caracterizándola como una **enfermedad terrible** (“*es una enfermedad terrible, yo no se la deseo ni a mi peor enemigo*”), de **gran afectación** (“*lo defino como una enfermedad destructora no solo en la parte física, sino también en la parte emocional, familiar, viene una cantidad de cosas destructivas*”), que puede llevar a la

muerte (*“el cáncer es como un árbol que está creciendo en las raíces y comiéndose el cuerpo de uno y cogiendo el cuerpo, cogiendo los órganos, hasta que yo me imagino que llega al corazón a matarlo a uno”*). En la forma como ellas creen que la sociedad percibe al cáncer de forma negativa, comparten las mismas de la perspectiva personal negativa, y agregan que es una enfermedad que genera **lástima** (*“a la gente a veces solo le inspira lástima”*) y que las personas **no están informadas** sobre las consecuencias de la misma (*“hace falta mucha información, o sea, cultura sobre eso, la gente se afecta mucho y ya dicen que uno ya está al otro lado”*).

Finalmente, se plantea que las acciones inefectivas frente a la enfermedad ya sean personales o de otras mujeres con cáncer de seno, están relacionadas con la perspectiva negativa que tiene la sociedad sobre la enfermedad.

La figura 7, reconoce la Perspectiva Temporal analizada desde una comparación de la experiencia propia antes y después de la enfermedad. Está compuesta por las categorías temáticas de Mujeres con cáncer de seno (MCS), Definición Propia (DP), Cáncer (C), Identificación Emocional (IE) y Consecuencias de la enfermedad (CE).

La categoría de Mujeres con cáncer de seno está referida a la perspectiva que tenían las pacientes sobre otras mujeres con cáncer de seno, antes y después de la enfermedad. Antes de la enfermedad gran parte tenía una perspectiva positiva sobre ellas, en cuanto las describían como mujeres **valientes** (*“Que son unas valientes porque el proceso es complicado”*) que merecían **respeto** (*“con respeto porque realmente pasar uno por ese proceso no es fácil”*); algunas manifestaron que **no se percataron de la presencia** de estas mujeres, y que por lo tanto no tenían una opinión al respecto. Después de la enfermedad, se reafirma la cualidad de valientes (*“yo creo que si las mujeres que han sido tocadas de alguna manera por alguna enfermedad nos volvemos valientes”*) y se agregan adjetivos como mujeres **fuertes** (*“pienso que son unas*

guerreras las que han tenido que pasar por dificultades, que lo han llevado con la entereza que corresponde”) y **resilientes** (“somos unas berracas”).

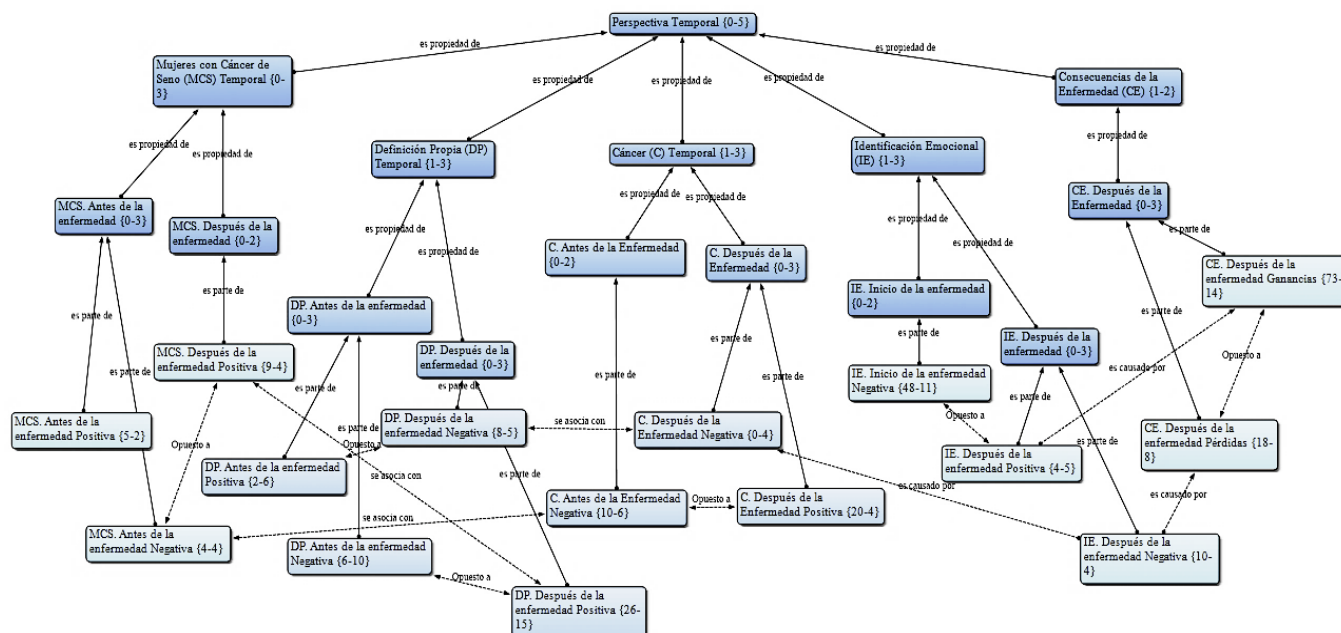


Figura 7. Perspectiva Temporal- Mapa de relaciones entre subcategorías.

La definición propia referida a cómo se definían ellas antes de la enfermedad y en qué ha cambiado esa definición después de la enfermedad. Se encontró que antes de la enfermedad mencionaban cualidades negativas como **estricta** (“recuerdo que mi hija la mayor me decía que yo era como muy perfeccionista con las cosas de la casa”), **agresiva** (“yo era antes terrible peleona gritona”), **amargada** (“muy resentida amargada de niña”), **orgullosa y prepotente**; de otro lado, algunas mencionaron cualidades positivas como que eran **alegres** (“era la mujer de alegrías y risas”), **nobles** (“el ser más tierno y más noble”) y **trabajadoras** (“soy una mujer muy entregada y trabajadora”). Después de la enfermedad cambiaron las cualidades negativas por positivas tales como **fuertes, más empáticas** (“ahora soy más flexible soy más empática ya dejé de ser tan normativa y todo eso sobre todo con mi nieto, ya soy más de escuchar”), **generosas y solidarias** (“ser un poco más dada a sentir el dolor de las personas, a que debe ser

uno más apoyo, con mis compañeros, más a dialogar, a estar con ellos, a oírlos, a darles una voz de esperanza, de decirles no se deje, luchen, les ponía mi ejemplo”); también surgieron nuevas cualidades negativas como **insatisfacción en sus habilidades físicas** (*“extraño mi fuerza, porque yo antes hacía mis cambios de habitación y ahora tengo que pedirle ayuda a alguien más”*) y una de ellas mencionó ser más **insegura** (*“me ha generado bastante inseguridad”*).

La perspectiva sobre el cáncer para todas antes de tener el diagnóstico, solo se veía desde una perspectiva negativa, considerando que estaba directamente relacionada con **muerte** (*“decían cáncer y uno dice: uy se va a morir esa persona, o sea muerte”*); después de la enfermedad, en la mayoría de mujeres cambió esa perspectiva de muerte a una perspectiva de aliento, relacionada con que el cáncer **tiene cura** (*“no pensar en que uno se va a morir, sino que tiene cura y uno ve muchas personas que han salido de esa enfermedad”*).

Por otra parte, está la Identificación emocional, que se refiere a la comparación de sentimientos y emociones experimentadas al inicio del diagnóstico y después del tratamiento. Al inicio de la enfermedad todas refirieron sentimientos negativos, tales como **tristeza** (*“Esos días me sentí tan deprimida tan mal”*), **rabia** (*“rabia porque yo decía pero por qué me está pasando esto a mi”*), **impotencia** (*“cómo así yo con esto, si yo me cuidaba en la alimentación, estaba haciendo deporte, iba al gimnasio de acá del caracolí, decía qué pasó conmigo, qué hice yo mal”*), **preocupación** (*“pensé mucho en mis hijos, en mis nietos, dije ahora se quedan solos porque pues cuando me diagnosticaron el cáncer mi hijo menor estaba entre 15 y 16 años, estaba en la adolescencia y yo decía ahora este muchacho se queda solo cómo será la vida de él, pensaba en los niños, ahora quién los va a cuidar”*) y **resentimiento** (*“resentimiento... una vez le reclamaba yo a Dios y le decía cómo era posible que esas mujeres que salían en la televisión*

casi desnudas, a esas mujeres no les pasaba nada”). Después de la enfermedad, aquellas mujeres que se encuentran en controles refirieron sentimientos y estados emocionales positivos como: **tranquilidad** (*“estoy tranquila porque estoy sana”*) y **felicidad** (*“felicidad, cuando uno va a controles y le dicen que está bien”*), y tres de ellas mencionaron sentirse más **sensibles** emocionalmente (*“me doblego cuando oigo que alguien está mal, porque yo digo que está pasando por esto y es difícil”*).

Finalmente, con relación a las Consecuencias de la enfermedad, estas se dividieron entre ganancias y pérdidas. En cuanto a las ganancias, un gran porcentaje se refirió a una **resignificación de la vida**, entendida como más deseos por vivir, disfrutar y valorar cada detalle de la vida (*“ahora vivo y ya tengo muchas ganas de seguir viviendo más años así llegue a los noventa” - “quiero seguir gozándola”*), asimismo, mencionaron más **unión familiar** (*“eso nos llevó a estar más unidos, una fraternidad entre nosotros, una ayuda entre todos, cambió muchas cosas”*), mayor **amor propio** (*“me amo me encontré conmigo, me volví mi mejor amiga, admití que no hay nada malo que uno se ame, me empecé a reconocer”*), mejores **relaciones sociales** (*“pues como muchas más amistades, los paisanos y vecinos están más atentos, me he vuelto más sociable”*) y **mayor espiritualidad** (*“me reforcé en la parte espiritual” - “llenarme más de la parte espiritual”*).

De acuerdo al análisis de las entrevistas, en la figura 8, se muestra la aceptación que se divide en dos categorías 1) Aceptación de la enfermedad integrada por la elaboración o el rechazo, siendo la **elaboración de la enfermedad** (17 veces) la postura más adoptada por las participantes (*“cuando se presente un problema la mejor manera de enfrentarlo es reconocer y asumirlo no negarlo”*), y esta postura se relaciona directamente con la con la elaboración de los cambios físicos (*“el cáncer me ayudó a, pues a pasar por mi proceso de no tener cabello de no*

tener cejas de no tener pestañas o sea me ayudó a verme como yo realmente era y a saber que no era tan fea”), el **rechazo** en cambio se presentó en menor medida (2 veces) a través de la **negación** (“no me he preocupado por eso porque yo digo no estoy enferma no estoy enferma no estoy enferma y lo he tomado así como que no”, y **evitación** “uno tiene que tener cuidado cualquier cosa por eso yo tengo cuidado con lo que veo en televisión cuando sale alguien así de cáncer o algo yo lo cambio porque me dan esas ganas de llorar”).

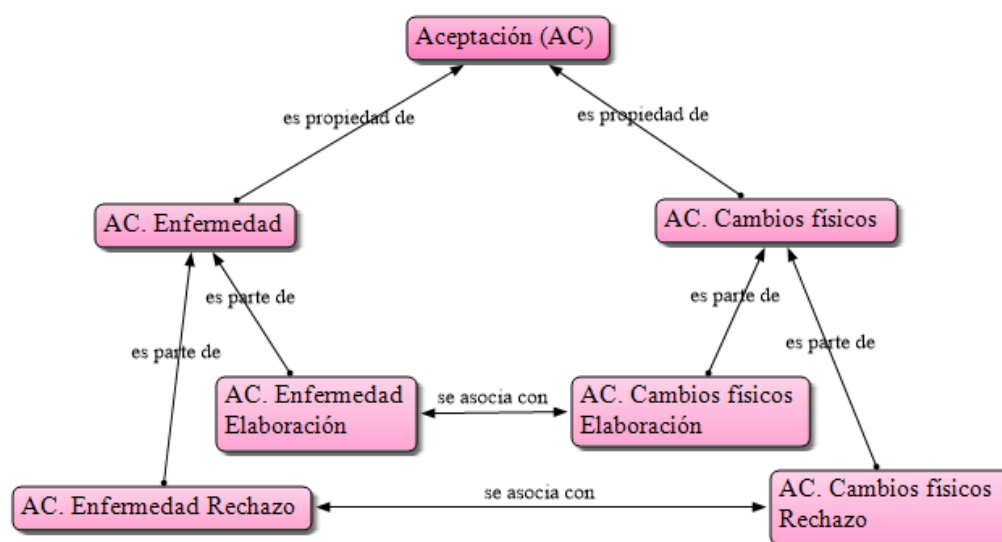


Figura 8. Aceptación- Mapa de relaciones entre subcategorías.

Por otra parte, se encontró la 2) Aceptación de los cambios físicos, como predominante dando cuenta de una **elaboración** durante este proceso (49 veces) (“ya estoy conforme con eso porque ya lo exhibo antes me ponía una pañoleta para esconderlo”, “uno tiene que aprender a vivir con un senito y con otro no”, “yo le dije no yo ya tuve mis hijos ya mi esposo me conoció como era y el hecho de que me falte un pedazo del seno no se me dificulta para nada”, “por el hecho de que a uno le quiten un seno pues ya tu vida no acaba ahí y que la vida de uno no es un seno o sea uno como ser humano tiene muchas cualidades tiene otras cosas”), el **rechazo** de los

cambios se presentó en menor medida (15 veces) (*“resulta difícil verse uno con esos cambios”*, *“siempre he querido mi cuerpo y pues con la mutación pues ya como que uno se retracta un poquito”*, *“a veces yo me detenía a mirarlo a él y decía para mí yo no creo que él se mereciera que estuviera yo así que me faltara una parte”*). No obstante, es importante tener en cuenta que, de acuerdo con lo manifestado por las participantes, la resistencia hacia estos cambios se presentó en mayor medida al inicio de la enfermedad, por lo que no se puede conocer si en ese período existió alguna relación con otras variables como evitación o rechazo y que de esta forma fuera mucho más representativa.

Por su parte, el eje de indagación de compromiso, indicado en la figura 9, comprende la categoría temática de responsabilidad ante el tratamiento desde las subcategorías de acciones responsables e irresponsables. Las acciones responsables se presentaron con mayor frecuencia, en donde las mujeres expresaron principalmente el **cumplimiento de citas médicas, el tomarse los medicamentos, asistir a terapias, buena alimentación y el seguimiento de las recomendaciones médicas** (*“he tratado de cumplir mis citas, mis quimioterapias, todas las recomendaciones que hacen, los ejercicios con todo lo que va alrededor, digamos de este recuperando el problema”*). Y por acciones irresponsables algunas expresaron en algún momento **no cuidar de su alimentación y no seguir las recomendaciones médicas** (*“me puse a comer muchos chorizos y rellenas todas esas comidas de la calle y ahí si les toco rajarme”*, *“el médico le decía a uno tenga cuidado de personas que tengan alguna gripa o enfermedad respiratoria cuídese de ella no yo no tenían gripa y yo me les acercaba yo no le paraba bolas a eso”*, *“en la EPS me dijeron que fuera con la psicóloga pero yo no lo necesito”*) perjudicando la evolución de la enfermedad.

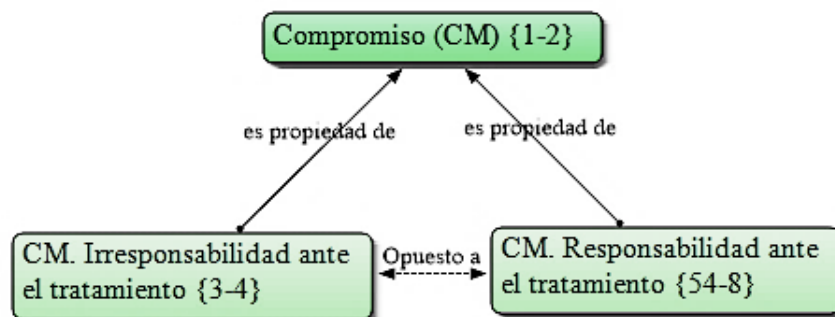


Figura 9. Compromiso- Mapa de relaciones entre subcategorías.

A partir de las descripciones de las figuras anteriores (6, 7, 8 y 9) se establecieron relaciones internas entre las subcategorías de análisis con todos los ejes de indagación, cruzando así información relevante para la experiencia de las participantes, Ver Figura 10.

La definición de las mujeres expresadas en este momento (DP. Personal) se identifica como una construcción a partir de las cualidades que tenían ellas antes de la enfermedad (DP. Antes de la enfermedad) y de las cualidades asumidas desde la experiencia misma de enfrentar el cáncer (DP. Después de la enfermedad). De igual manera, esta definición propia incluye cualidades de la definición que asumen que tienen sus familiares sobre ellas (DP. Familiar).

La concepción de cómo creen ellas que las ven sus familiares está relacionada con la forma en cómo perciben ellas actualmente a las otras mujeres con cáncer de mama (MCS. Después de la Enfermedad); esto, debido a que asumen que, si ellas hablan y definen a otras mujeres con cáncer de seno, entonces, su familia tendrá una definición similar hacia ellas.

Por otro lado, las acciones realizadas por estas mujeres frente a la enfermedad (AFE. Personal) van a depender en primera instancia, de la elaboración que han realizado sobre el desarrollo del cáncer (AC. Enfermedad), en segunda, de qué tan comprometidas están con su tratamiento (Compromiso) puesto que, a mayor compromiso y aceptación de la enfermedad, mayor serán las acciones encaminadas a mejorar el tratamiento; y en tercera, de la definición de

fuertes y valientes que tenían sobre otras mujeres con cáncer de seno antes de la enfermedad (MCS. Antes de la enfermedad).

Asimismo, expresan que es relevante el tema de las acciones frente a la enfermedad por parte de la familia (AFE. Familiar) principalmente al inicio de la enfermedad, condición que se potencia por el acompañamiento recibido en la identificación emocional de la paciente recién diagnosticada (IE. Inicio de la enfermedad), que genera mejores índices en la evolución durante el proceso (AC. Enfermedad). Otro aspecto en el que se encontraron relaciones corresponde a la Imagen corporal (IC. Personal), integrada por la importancia que le da la familia y la que le dan las mujeres participantes de esta investigación, ya que, según es el grado de importancia, variaría la aceptación de los cambios físicos a los que se podrían ver expuestas, a mayor importancia de la imagen corporal, menor serán los procesos de aceptación. Adicionalmente, la imagen corporal actual, dependería de las consecuencias de la enfermedad (CE. Después de la enfermedad), ya que diferiría según la fase de la enfermedad y por ende los efectos secundarios visibles en su físico.

Finalmente, se realiza una comparación entre la definición que creen ellas que da la sociedad sobre el cáncer de mama (C. Social) y cómo es definido por ellas mismas (C. Personal); esta definición que se asume por parte de la sociedad correspondió a la perspectiva que tenía ellas antes del diagnóstico (C. Antes de la enfermedad), y que varía después de haber estado con el diagnóstico, enfatizan que es necesario atravesar por el proceso para cambiar el significado de la enfermedad (C. Después de la enfermedad) que en este caso tiene en cuenta todo el proceso y las consecuencias de la enfermedad (CE. Después de la enfermedad) a nivel emocional, cognitivo, comportamental y social.

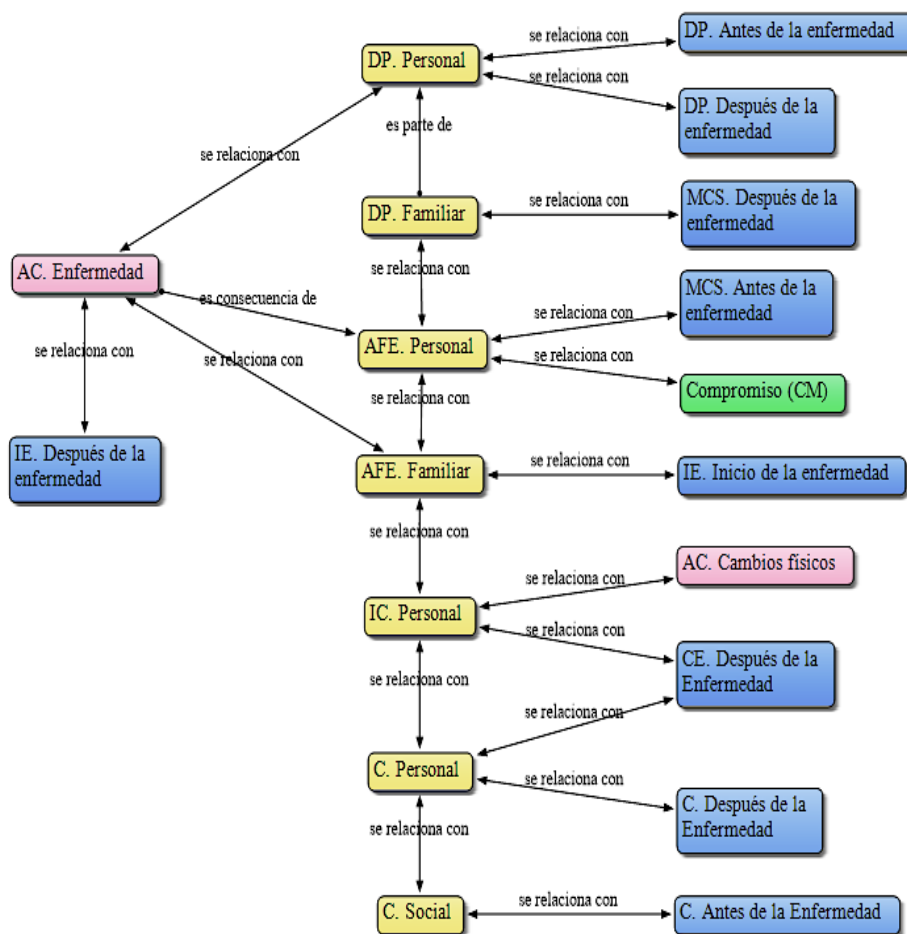


Figura 10. Mapa de relaciones más importantes entre Ejes de Indagación.

Ahora bien, a partir del análisis de los datos obtenidos surge información adicional que daría cuenta de los antecedentes de cáncer en las mujeres entrevistadas, las características de los servicios de salud a los que accedieron durante todo el proceso de la enfermedad desde el momento del diagnóstico, las necesidades de las mujeres que surgieron a partir del tratamiento de la enfermedad, y finalmente, la definición que tienen ellas sobre lo que consideran como mujer.

El 68% de las participantes, que corresponde a diecisiete (17) de ellas, tenían antecedentes de cáncer en su familia; mientras que un 32% correspondiente a ocho (8) de las

mujeres, mencionaron no tener ningún tipo de antecedente familiar de la enfermedad, Ver figura 11.

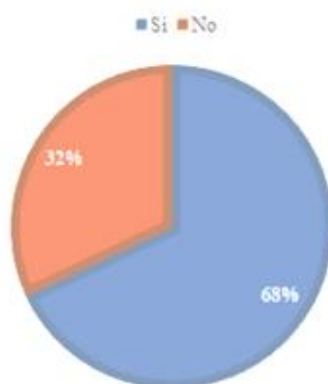


Figura 11. Antecedentes de Cáncer en la familia.

En la figura 12 se muestran las opiniones de las participantes con relación a la atención que recibieron ellas por parte de los servicios de salud, once (11) dijeron haber recibido una buena atención caracterizada por amabilidad y explicación de procedimientos médicos; once (11) indicaron haber recibido por parte del personal poca sensibilidad debido a que los médicos daban la noticia del diagnóstico de forma brusca y sin tener en cuenta el impacto en la paciente. Al preguntar sobre el tratamiento trece (13) respondieron en algún momento haber recibido mal el procedimiento teniendo en cuenta que la noticia del diagnóstico era vía telefónica o que durante los controles no se hacía el seguimiento pertinente, once (11) respondieron haber recibido un buen procedimiento debido a la oportunidad y rapidez con la que eran atendidos; catorce (14) mujeres consideraron que su tratamiento fue lento, ya que los periodos de tiempo entre citas era demasiado extenso; catorce (14) percibieron una mala gestión por parte de las entidades prestadoras de salud, esto, con base en que debieron poner tutelas para recibir la atención que requerían y acceder a los tratamientos y medicamentos; y cinco (5) mujeres consideran que el

tratamiento es costoso, considerando gastos en tratamiento, traslado de ciudad, compra de medicamentos y seguimiento de dieta rigurosa.

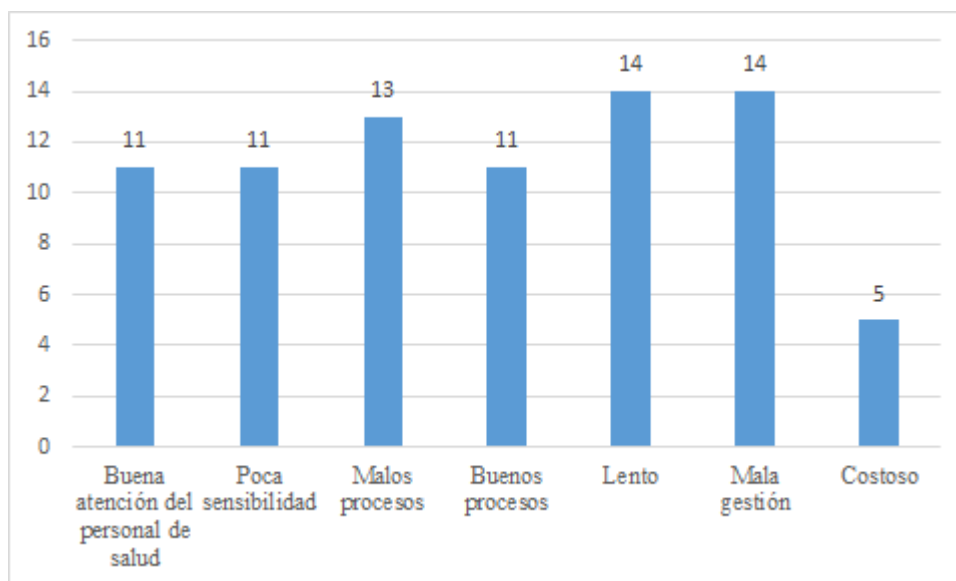


Figura 12. Prestación de Servicios de Salud.

Al hablar sobre las necesidades presentadas a lo largo del proceso desde el momento del diagnóstico, seis (6) mujeres expresaron el aspecto económico como importante, con base en los gastos mencionados anteriormente; ocho (8) en algún momento han sentido la necesidad de obtener mayor atención por parte de sus familiares, pareja y amigos, entendido como mayor comunicación, más demostraciones de cariño y mayor interés en sus necesidades y decisiones; diez (10) indicaron el deseo de estar en calma o encontrarse en un espacio de paz en el que no se preocuparan por sus limitaciones físicas, costos, y reaparición de la enfermedad. Las veinticinco (25) mujeres resaltaron la necesidad de ser comprendidas tanto por su familia, como por la sociedad y el personal de salud ya que manifiestan que no es posible entender del todo las afectaciones de la enfermedad, si no se ha pasado por un proceso similar, ver figura 13.

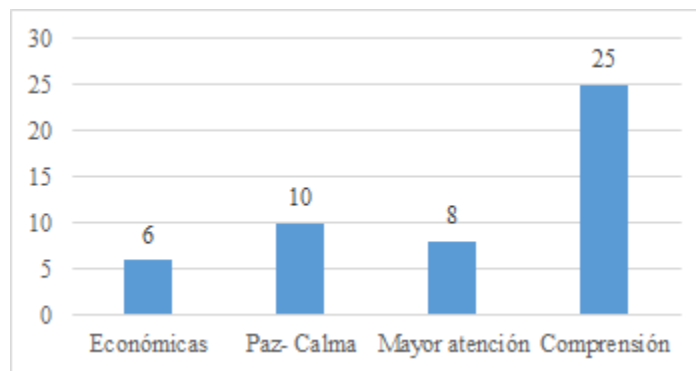


Figura 13. Necesidades de las mujeres con cáncer de seno.

En el momento de realizar la descripción de lo que era una mujer para cada una de las pacientes, estas daban una definición en cuanto a sus actitudes evidenciadas en cualidades como amorosas, cariñosas, femeninas, y una definición aptitudinal referida a las capacidades y habilidades como madres y profesionales. Sólo ocho (8) de ellas, se refirieron en primera instancia al aspecto físico, destacando los senos, el cabello largo y caderas anchas, ver figura 14.

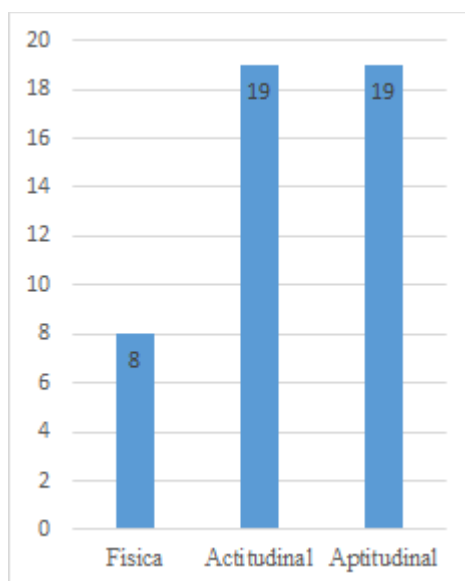


Figura 14. Definición de mujer.

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación que existe entre la toma de perspectiva y la aceptación de la imagen corporal y la enfermedad en mujeres con cáncer de seno, a través del planteamiento de elementos derivados de la toma de perspectiva de las pacientes, estableciendo las relaciones entre sus categorías temáticas y subcategorías.

Las participantes se encuentran entre un rango de edad de los 37 a los 72 años; el 28% tiene edades entre los 49 y 54 años. Se identifica que el 20% de estas mujeres circundan edades entre los 55 y 60 años; el 16% tiene edades entre los 37 y 42 años. El 36% restante se encuentra distribuido con un 12% para cada uno de los rangos de edad de 43 a 48, de 61 a 66 y de 67 a 72 años. Según Torres (2007) el riesgo de padecer cáncer de mama se incrementa a partir de la cuarta década de vida, la probabilidad de desarrollar esta enfermedad en los siguientes 10 años es del 0,4% para las mujeres entre 30 y 39 años; del 1,5% para las mujeres entre 40 y 49 años; del 2,8% para las mujeres entre 50 y 59 años y del 3,6% para las mujeres entre 60 y 69,5 años. Por otro lado, se observa que, de las 25 participantes del estudio, el 56%, es decir 14 mujeres se encontraban actualmente casadas y son amas de casa, lo que concuerda con otros autores como Celis y Gordillo (2006) que describen el perfil psicosocial de la mujer con cáncer de seno.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la Escala, y teniendo en cuenta que la significancia del p-valor de la variable *fase de cáncer* (0.005), es menor al alfa adoptado para la prueba de hipótesis, se puede establecer una relación mínima entre la fase del cáncer y la imagen corporal. Así, García y Cuevas (2006) encontraron que no existe relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad crónica (estímulo) y el perfil de autoconcepto. No obstante, esta baja relación podría deberse a que el 76% de las mujeres de esta investigación se ubicaban dentro de

la fase de controles o de remisión médica, mientras que solo el 24% restante de la muestra, correspondía a mujeres que se encontraban en fases I o detección, III y IV; con una representatividad de 2 casos para cada una de estas fases. Las características de la muestra podrían explicar la baja relación entre las variables, lo que contrasta con las investigaciones llevadas a cabo por Martínez, et.al (2014), que establecen que la imagen corporal si se ve afectada de manera significativa por factores asociados a la edad o la fase del cáncer. Asimismo, a través del discurso de las entrevistas se logra identificar diferencias en la afectación según la fase del cáncer, pero en otros momentos, encontrando verbalizaciones como: *“en su momento fue muy difícil el desprendimiento del cabello que es parte de mi cuerpo y de mi ser, lo tuve que aceptar porque a veces la gente dice que es fácil que se caiga el cabello y después sale, pero uno en el momento que ve que el cabello se está cayendo, es muy duro, uno se siente más fea”* *“ahora que yo estoy curada, digo eso ya pasó, existió pero ya no está...somos muy hermosas, maravillosas y lástima que hasta ahora nos empezamos a dar cuenta de lo increíbles que somos”*.

En cuanto a los resultados obtenidos a partir de los diferentes ejes de indagación, con relación a la definición propia, las mujeres después de haber pasado por todo el proceso de la enfermedad se conciben como más fuertes, valientes, solidarias, alegres y empáticas, definición compartida por lo que asume la sociedad sobre ellas y sobre otras mujeres con cáncer de seno. Estos cambios de perspectiva se apoyan en la investigación realizada por Sebastián, León y Hospital (2009) que indica que las mujeres con cáncer de seno puntúan más alto en variables como *Racionalidad*, *Defensividad emocional* y *Necesidad de armonía* en comparación con las mujeres que formaban parte de los grupos de patología benigna y mamas normales. Por su parte, la racionalidad medía el grado en el que las mujeres aplicaban la lógica y la razón como forma

general de enfrentarse al mundo; la defensividad emocional referida al grado en que las mujeres controlaban emociones como el enfado y la ira; y la necesidad de armonía representada en la necesidad de mantener relaciones cordiales y armoniosas con los demás. Estas tres variables, relacionadas con descripciones de las mujeres de esta investigación, tales como: “*más recursiva*”, “*más tranquila*” “*menos regañona*”; y vinculadas a ganancias después de la enfermedad como mayor unión familiar y establecimiento de mejores relaciones sociales.

Si bien la sociedad y las mujeres con cáncer de seno antes y al inicio de la enfermedad lo definen como sinónimo de “muerte” y como un proceso “terrible”, esta perspectiva personal pierde significado a medida que la enfermedad avanza y reciben resultados esperanzadores sobre su pronóstico, realidad que también se relaciona con su fase de remisión médica o controles.

Este cambio de perspectiva, en las descripciones realizadas por ellas mismas antes y después de la enfermedad en cuanto a su definición propia (*antes*: estrictas, amargadas; *después*: tranquilas, fuertes y valientes) y la definición de cáncer (*antes*: muerte; *después*: tiene cura), representa un proceso de entrenamiento en el que la identificación personal y el cómo describen las experiencias se da a partir de la relación del individuo con el contexto. Desde la teoría de la de marcos relacionales, se entiende que la comunidad verbal en este caso la sociedad, la familia y las otras mujeres con cáncer de mamá, le refuerza al individuo atribuciones hacia los estímulos como cáncer (A) es igual a muerte (B); superar la enfermedad (C) es igual a ser fuerte (D), valiente (E), tranquila (F), recursivas (G) y solidaria (H). Derivando, en la mayoría de los casos de mujeres que han superado la enfermedad, al preguntarles cómo se definen, respuestas como fuertes, valientes y tranquilas: D, E, F = C (vinculación mutua: que hace referencia a las relaciones bidireccionales entre los estímulos) y al ser sobrevivientes se transformó la función

aversiva del cáncer como muerte a pensar el cáncer como una enfermedad común (Barnes, Rodríguez, & Whelan, 2005).

Es así como, el discurso de las mujeres con cáncer de mama refleja aspectos de la TMR principalmente las características de la configuración del *yo*, a partir de los marcos deícticos, los cuales como se expresaba en el marco teórico, dan cuenta de aquellas descripciones que el individuo hace de su propio comportamiento y los contextos inmersos para su emisión. Así, de acuerdo con Barnes, Hayes y Dymond (2002) estos marcos implican la toma de perspectiva del hablante, definida como la capacidad para identificar y adoptar el punto de vista de otro individuo (Vilardaga, Estévez, Levin, y Hayes, 2012) asociándolo a sus discursos personales.

Con respecto a las acciones frente a la enfermedad, se expone un primer aspecto relacionado con la fe y la espiritualidad por parte de las mujeres. Salgado (2014) en su revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores, plantea que estos contribuyen a una mejor salud física y psicológica, ayudan a la prevención, aceleran la recuperación y promueven la tolerancia frente al padecimiento de enfermedades. Así, la relación encontrada en esta investigación entre las acciones frente a la enfermedad personal y el compromiso se fundamenta en lo propuesto por San Martín en el 2007, cuando plantea que, en pacientes con cáncer, la espiritualidad mejora la función inmune, resignifica la vida, disminuye los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, favorece comportamientos de estilos de vida saludables.

Ahora bien, varios estudios sugieren que el ejercicio de actividades espirituales puede influir en emociones positivas (Gastaud, et al., 2006); es decir, en la medida en que las mujeres entran en contacto con emociones como tristeza, impotencia y resentimiento, y las reconocen en

un contexto religioso, se realiza un proceso de elaboración de la enfermedad en la que se aceptan estas emociones y no se evita la enfermedad ni se intentan modificar los elementos de esta.

En relación con este proceso de aceptación, ACT postula la necesidad de abandonar los esfuerzos para desligarse de emociones, pensamientos y sentimientos aversivos, teniendo en cuenta su efectividad para alterar los contextos verbales que tienen atrapado al paciente en un Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), promoviendo así la flexibilidad conductual (Páez, Luciano & Gutiérrez, 2005). Es así como, la mayoría de las mujeres entrevistadas tienden más hacia el afrontamiento activo, en la medida en que no evidencian límites en su actuación en cuanto a las acciones que adoptaron frente a la enfermedad relacionadas con el alto grado de compromiso por parte del 92% de ellas.

Entre otras acciones frente a la enfermedad, también se encontró la importancia del apoyo por parte de la familia, ya que según Bervian & Girardon (2006) y Sales, (2001) citados por Schneider, Pizzinato y Calderón en el 2015, es el principal soporte en la vida de las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno. Estos autores plantean que el apoyo familiar es fundamental tanto para superar momentos de incertidumbre producto de la enfermedad como para ayudar en el enfrentamiento del tratamiento, proporcionando atención, comodidad y paciencia, además de acompañamiento en el tratamiento y en momentos de decisiones importantes como la reconstrucción del seno.

Por otra parte, no se evidencian afectaciones negativas significativas en la aceptación de la imagen corporal que pudieran interferir más adelante en las áreas de ajuste de las pacientes, debido a que en la definición de lo que representa ser mujer, los aspectos actitudinales y aptitudinales, prevalecen en la esencia y en la definición propia, dejando en segunda instancia el aspecto físico relacionado con la imagen corporal. Es por esto, que si bien hay cambios físicos

que impactan en un primer momento a las mujeres, no se considera un impacto a largo plazo en lo que conciben como imagen corporal ya que por un lado no es la base de su definición como mujer, y por otra, refieren que, existen otros aspectos más importantes que la imagen corporal, como lo son los sentimientos, la personalidad, la experiencia, las vivencias del día a día *“no digo que estuviera divinamente y que no me afectara, pero creo que no fue tan complicado como hubiera podido ser si hubiera tenido unos ideales y unos esquemas sobre lo femenino más convencionales y basados únicamente en el aspecto físico”* y su rol en la sociedad, teniendo en cuenta que se basaban en la descripción desde la posición que ocupa la mujer dentro de la sociedad (Collazo, 2005).

Lo anterior puede estar relacionado con la etapa en la que se encuentran la mayoría de las mujeres, lo cual se evidencia en el discurso ya que señalan que el inicio de la enfermedad es más complejo y que sí existieron preocupaciones en el área corporal, por la misma pérdida de cabello y en algunos casos el seno, pero el haber superado este proceso lleva a que el significado de la pérdida pase a un segundo plano y desde el panorama actual lo más importante haya sido sobrevivir. En relación con esto, Negrão y Viscarra (2007) citados por Schneider, Pizzinato y Calderón (2015) afirman que el empoderamiento adquirido a lo largo de la enfermedad está asociado a un proceso de adquisición de autoestima generado a partir de los aprendizajes y ejercido en las relaciones sociales y en el estímulo al poder compartido. Luego, el empoderamiento tiene una dimensión personal proveniente de la dimensión social. En este sentido, el empoderamiento incluye la experiencia personal promovida por el padecimiento del cáncer, al mismo tiempo en que es construido y reforzado por su red de apoyo, tomando así perspectiva desde lo que es importante a nivel social y las relaciones verbales que desde allí se derivan.

Para resaltar, con base en estas relaciones arbitrarias obtenidas a partir de la investigación, surgen lineamientos básicos para proponer planes de intervención que identifiquen en el discurso de las paciente formas derivadas inadecuadas y mediante la intervención desde ACT, priorizar el establecimiento de relaciones entre diferentes estímulos que podrían tomarse de las categorías de análisis, así por ejemplo, se plantearía una relación entre A (Identificación emocional inicio de la enfermedad- Tristeza) y B (Acciones frente a la enfermedad personal- Evitación) y entre B (Acciones frente a la enfermedad personal- Tristeza) y C (Aceptación- Rechazo). Considerando además otras relaciones no entrenadas, implícitas entre A (Tristeza) y C (Rechazo) (Implicación combinatoria), entre C y A y entre B y A (implicación mutua). Además, aparece una transformación de funciones, de forma que la persona reacciona de forma similar ante todos ellos (A, B, y C), es decir, todos ellos cobran la misma función (Barraca, 2007), mejorando desde allí, el entendimiento y los protocolos de atención médica en mujeres con cáncer de seno.

De otra mano, con respecto a los antecedentes de cáncer de seno, la Sociedad Americana de Cáncer (2019) presenta que del 5% al 10% de los casos de cáncer de mama son hereditarios originados directamente de cambios genéticos (mutaciones) que se adquieren de uno de los padres; aunque se encontró que más de la mitad de las mujeres entrevistadas (68%) tenían antecedentes de cáncer por parte de sus familiares, por un lado, no correspondían propiamente a antecedentes por parte de uno de sus padres, y por otro, este alto porcentaje en nuestra muestra, podría explicarse a que la cantidad de mujeres estudiadas (25) corresponde a una baja representatividad en referencia a la incidencia actual de 42,04% de los casos reportados en Santander (152).

Por otro lado, entre las necesidades más mencionadas por las mujeres, se encuentran la necesidad de comprensión, de paz y calma, mayor atención y necesidades económicas. Ayala y Sepúlveda (2017) en su estudio de identificar necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio, plantean que es indispensable trabajar para que los profesionales de la salud reconozcan y sean sensibles en cuanto a los sentimientos y necesidades emocionales de las pacientes, brindando atención oportuna acompañada de una actitud tranquilizadora con respecto a lo que las pacientes sienten.

Finalmente, la presente investigación reconoce como limitaciones el difícil acceso a la muestra por los inconvenientes planteados en las diferentes fundaciones, y, por otro lado, la muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres en fases de remisión o control. Por último, se considera al estado de salud de muchas de las posibles participantes una limitación, puesto que varias de estas perecieron durante el desarrollo de las entrevistas o se encontraban siendo intervenidas quirúrgicamente. Por lo anterior, resultaría importante para futuras investigaciones, el centralizar el estudio en una fase específica o en un conjunto definido de la población, de manera que permita la comparación y el análisis de sus diferentes necesidades.

A nivel metodológico se identifica como limitante la escala de imagen corporal, a pesar de que el instrumento cuenta con criterios de validez y confiabilidad, podría emplearse una prueba con un mayor número de ítems que permitan evaluar a profundidad otros componentes, así como la utilización o construcción de una escala que mida los componentes propios de los marcos relacionales, llegando a brindar un mayor soporte a la exploración mixta, que resulta ser el método más apropiado para la connotación de esta población.

Conclusiones

Con base en la información obtenida a través de los diversos instrumentos, así como de las revisiones teóricas y de antecedentes, se puede determinar que la toma de perspectiva en la aceptación de la imagen corporal y la enfermedad en mujeres con cáncer de seno están relacionadas con discursos del lenguaje que han adquirido a lo largo de su historia de aprendizaje teniendo en cuenta el contexto histórico cultural, y el refuerzo social por parte de los padres inmerso en el estilo de crianza durante la infancia, adolescencia y adultez temprana.

Asimismo, la muestra de participantes del estudio presenta en un 92% (23) de los casos un nivel de afectación muy mínimo o nulo, lo que se traduce en una aceptación de los cambios físicos e incluso emocionales que trajo consigo la enfermedad. Lo anterior, guarda estrecha relación con las afirmaciones de las mujeres, acerca de que esta experiencia (cáncer) *“ha sido la oportunidad para cambiar positivamente el curso de sus vidas”*.

Por otra parte, los elementos relacionados con la enfermedad a partir de la toma de perspectiva se asocian a categorías temáticas como la definición propia, acciones frente a la enfermedad por parte de ellas, su familia y otras mujeres con cáncer de seno, la perspectiva del cáncer, las consecuencias de la enfermedad, la identificación emocional, la perspectiva hacia otras mujeres con cáncer de seno, la aceptación y el compromiso ante la enfermedad; estos elementos de la toma de perspectiva, cumplen un papel importante en la forma en cómo entienden lo que les está pasando, cómo lo asumen y cómo responden ante las demandas del proceso, ya que a partir de su discurso, dan cuenta de sus cogniciones producto de respuestas aprendidas a partir de contextos específicos.

Finalmente, se identifica que, aunque no exista un nivel significativo de afectación en la imagen corporal y las áreas de la vida de las participantes, sí resulta importante que, durante cada

una de las fases o procedimientos, se brinde el acompañamiento terapéutico e intervención psicológica desde ACT, como pieza fundamental para la oportuna evolución de las pacientes con cáncer de seno, en la medida en que contribuye en la aceptación de la enfermedad y mayor adherencia al tratamiento. La TMR permite hacer una aproximación a las verbalizaciones de la persona antes y después, y permite dar cuenta de la existencia de rigidez en el proceso; en los resultados de la investigación no hubo una rigidez, teniendo en cuenta la fase en la que se encontraba la muestra, el apoyo recibido por parte de sus familias, la red de apoyo organizada desde las fundaciones, siendo esto un aspecto que al inicio y, en la mayoría de los casos no se presentó, por la angustia que para su familia era esa situación, la angustia que para ellas representaba el mismo proceso de cáncer, el no estar vinculadas a las fundaciones, de no conocer a otras mujeres con cáncer, que para ellas significaba un miedo al futuro, por lo que se considera pertinente realizar una intervención y acompañamiento desde ACT en la medida que se fortalezca y permita esa flexibilidad psicológica desde el inicio del cáncer.

Recomendaciones

De acuerdo con el proceso desarrollado a lo largo de la presente investigación, surge la necesidad de proponer:

Estrategias de intervención basadas en, según las opiniones de las participantes, un trato más humanizado, por parte de todos los profesionales del área de la salud, desde el que se brinde un acompañamiento empático durante el desarrollo de cada una de los tratamientos o chequeos médicos a los que son sometidas estas mujeres a lo largo de la enfermedad. Esto relacionado con lo planteado por Finck & Forero (2011), pues estos tratamientos, sumados con los cambios a nivel general, de no ser abordados correctamente por el personal de atención en salud podrían repercutir en la aparición de comportamientos de ansiedad o respuestas de miedo excesivo, que acompañan a la configuración de trastornos mentales como la depresión, el trastorno dismórfico corporal, estrés postraumático, entre otras condiciones frecuentes en personas que atraviesan cambios oncológicos.

Por otro lado, se recomienda que en las intervenciones llevadas a cabo por las fundaciones o en los diferentes grupos de apoyo a los que pudieran asistir mujeres con cáncer de seno, de modo que, se integraran mujeres de todas las fases para que la resignificación de la vida desarrollada en las últimas etapas del cáncer funcione como estímulo de motivación y esperanza para las mujeres que inician en el proceso de diagnóstico.

A nivel investigativo se recomienda a futuros estudios, contemplar un abordaje de la población de mujeres que se encuentran en etapas tempranas de la enfermedad, en cuanto permita discernir con claridad la toma de perspectiva de estas frente al cáncer, pues es en este grupo de féminas donde puede haber mayor afectación de la imagen corporal. Asimismo, se sugiere realizar un estudio comparativo o de relación en mujeres que presenten problemas

psicológicos como los mencionados en este estudio, y que se pudiera realizar entrevista con los familiares de las pacientes, para de esta forma, se analice la toma de perspectiva por parte de ellos.

Finalmente, se recomienda emplear instrumentos psicométricos con un mayor número de ítems que indaguen a profundidad los aspectos de la imagen corporal y la toma de perspectiva frente a la enfermedad y que junto a la entrevista, garanticen una mejor acometida metodológica.

Referencias

- American Cancer Society. (s.f.). *Cambios del estado emocional y psicológico*. Recuperado el 08 de Abril de 2019, de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/cambios-psycoemocionales.html>
- American Cancer Society. (s.f.). *Imagen corporal y sexualidad después del cáncer de seno*. Recuperado el 08 de Abril de 2019, de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/la-vida-como-una-sobreviviente-de-cancer-de-seno/imagen-corporal-y-sexualidad-despues-del-cancer-de-seno.html>
- Antipova, A., Wang, F., & Wilmot, C. (2011). Urban land uses, socio-demographic attributes and commuting: A multilevel modelling approach. *Applied Geography*, 31(3), 1010-1018.
- Arroyo, C., Berlato, P. (2012). *La comunicación*. España: Oxford University Press. p. 407.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2018). *Todo sobre el cáncer de mama*. Cáncer de mama. Recuperado el 18 de febrero de 2019, de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/que-es-cancer-mama>
- Ayala, L., & Sepúlveda, G. (2017). Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 353-368. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00353.pdf>
- Ballenger, J., Davidson, T., Lecrubier, Y., Nutt, D., Jones, R. y Berard, R. (2001). Consensus Statement on Depression, Anxiety, and Oncology. *J. Clin Psychiatry*, 62 (8), 64-67.
- Barnes, D., Rodríguez, M., y Whelan, R. (2005). La teoría de los marcos relacionales y el análisis experimental del lenguaje y la cognición. *Revista latinoamericana de psicología*, 37(2), 255-275. Recuperado el 25 de marzo de 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n2/v37n2a03.pdf>
- Barnes, D., Hayes, S., y Dymond, S. (2002). Self and self-directed rules. In *Relational frame theory* (pp. 119-139). Springer, Boston, MA.
- Barraca, J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, Aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. 65(127), 761-781.
- Boquiren, V. M., Esplen, M. J., Wong, J., Toner, B., Warner, E., & Malik, N. (2016). Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. *Psycho-Oncology*, 25(1), 66-76

- Calle, Y. (2009). El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. *Investigación y educación en enfermería*, 27(1), 70-77. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198007.pdf>
- Capulín, M. (2014). Un Desafío a la Feminidad: El Cáncer de Mama. *Revista Daena (International Journal of Good Conscience)*, 9(1). Recuperado de [http://www.spentamexico.org/v9-n1/A2.9\(1\)22-31.pdf](http://www.spentamexico.org/v9-n1/A2.9(1)22-31.pdf)
- Carrión, C., Galdón, A., Manzanares, A., Rodenas, A., & Rodríguez, M. A. (2004). Aspectos psicosociales del cáncer de mama. *Revista de Enfermería*, 19-23.
- Celis, C., & Gordillo, C. (2006). Perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por cáncer de mama. *Elsevier*, 37(3), 173-174. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-perfil-psicosocial-mujer-mastectomizada-por-13085353>
- Ciarrochi, J., Bilich, L., y Godsell, C. (2010). Psychological Flexibility as a mechanism of change in acceptance and Commitment Therapy. En: R., Baer (ed.), *Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processes of Change*. (pp. 51-76). Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Collazo Valentín, L. M. (2005). De la mujer a una mujer. *Redalyc*, 5(2), 1-15. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/183/18350201.pdf>
- Cordova, J. (2001). Acceptance in behaviour Therapy: understanding the process of change. *The Behavior Analyst*, 24, 213-226
- Cuenta de Alto Costo. (2017). Boletín de información técnica especializada: Día mundial de la lucha contra el cáncer de mama. Volumen 3, número 17. Bogotá D.C. Recuperado de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Boletin_Dia_Mundial_cancer_de_mama.pdf
- Cuervo, J. C. (2016). La construcción de los derechos del grupo social transgénero. Recuperado el 6 de marzo de 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n2/v12n2a07.pdf>
- Díaz, S., Piñeros, M., & Sánchez, O. (2005). Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*, 9(3), 93-105.
- Druss, B., & Pincus, H. (2000). Suicidal Ideation and Suicide Attempts in General Medical Illnesses. *Arch Intern Med*, 160, 1522-1526. Obtenido de <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/485332>
- Faith, M., León, M. & Allison, D. (1997). The effects of self-generated comparison targets, BMI, and social comparison tendencies on body image appraisal. *Eating Disorders*, 5, 128-140
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2), 169 - 180.

- Figuerola, M., Valadez, M., Rivera, M., y Montes, R. (2017). Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 16(4), 76-87.
- Finck, C. & Forero, M. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad, análisis preliminar de datos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 07-27.
- Flaxman, P., Blackledge, J., Bond, F. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Routledge
- Fletcher, L. y Hayes, S. (2005). *Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a Functional Analytics definition of Mindfulness*. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy*, 23(4). Recuperado de <http://espaciovirtualctd.weebly.com/uploads/3/0/7/7/30779661/rft.pdf>
- Font, A., & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 424-446. Recuperado el 18 de octubre de 2019, de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220423A/15646>
- Fresche B., Andrade, J., Inocenti, A., Dos Santos, M., & Bauer, A. (2014). Mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapéuticos: síntomas depresivos y adhesión al tratamiento. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 866-873.
- García, M., y Cuevas, J. (2006). Adaptación de los pacientes oncológicos a la quimioterapia ambulatoria. *Desarrollo Científico Enfermería*, 14(1), 173-177.
- Gastaud, M., Mattos, L., Braga, L., Lessa, C., Martínez, F., Rosa, P., & Azevedo. R. (2006). Bienestar espiritual y trastornos psiquiátricos menores em estudiantes de psicología: estudio transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 12-18. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100003>
- Gobernación de Santander. (2018). Boletín epidemiológico. Recuperado de <http://www.santander.gov.co/index.php/gobernacion/documentacion/send/938-boletines/16135-boletin-epidemiologico-semanal-no-50-de-2018>
- Gómez, S., López, F., & Mesa, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of clinical and health psychology*, 7(2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/337/33717060015/>
- Hayes, S., Masuda, A., Shenk, C., Yadavaia, J., Boulanger, J., Vilardaga, R., Plumb, J., Fletcher, L., Bunting, K., Levin, M., Waltz, T., y Hildebrandt, M. (2007). *Applied Extensions of Behaviour Principles. Applied Behaviour Concepts and Behavioral Theories*. En: D. Woods., y J. Kanter (Eds.), *Understanding Behaviour Disorders* (pp. 47-80). Reno, NV: Context Press.

- Hayes, S., Pistorello, J., y Levin, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behaviour Change. *The Counselling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (3a Edición). México: McGraw-Hill.
- Herranz, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2008). Body image and self-esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program. *Psychology in Spain*, (12), 13-25.
- Instituto Nacional de Cáncer. (2019). *Tipos de cáncer*. Instituto Nacional de Cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq#919>
- Kanter, J., Parker, C., & Kohlenberg, R. (2001). Finding the self: A Behavioral measure and its clinical implications. (Ed.) *Psychotherapy*, 38(2), 198-211. Recuperado el 23 de junio de 2019.
- Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, O., & Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53-58. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Aime-Martinez/publication/279205322_Impacto_psicologico_del_cancer_de_mama_y_la_mastectomia/links/5590a79308aed6ec4bf6698c.pdf
- Misono, S., Weiss, N., Fann, J., Redman, M., y Yueh, B. (2008). Incidencia del suicidio en personas con cáncer. *Revista de oncología clínica: revista oficial de la Sociedad Americana de Oncología Clínica*, 26 (29), 4731-8.
- Molano, N., & Varela, P. (2017). Percepción acerca del cáncer de mama en un grupo de mujeres de un hospital en Popayán, Colombia Breast cancer perception in a group of women in a hospital in Popayán, Colombia. *Revista MH Salud*, 13(2). Recuperado de <https://revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/download/9014/10542?inline=1>
- Montero, I., y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International journal of clinical and health psychology*, 2(3).
- Montesinos, F., Hernández, B., & Luciano, M. C. (2001). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes enfermos de cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 503-523
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, M. (2010). The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS)—psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European journal of oncology nursing*, 14(2), 111-118.
- Núñez, C., Navarro, A., Cortés, S., López, J., Aguirre, H., & Trujillo, C. (2018). Imagen corporal (IC) y estrategias de afrontamiento (EA): Análisis de las características médico-

- quirúrgicas en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 36(2), 59-69.
- Observatorio Mundial de Cáncer. (2018). *WHO cancer mortality database (IARC)*. [en línea]. Recuperado el 18 de febrero de 2019, de: <http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/WHOdb.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cáncer*. Recuperado el 11 de febrero de 2019 de <https://www.who.int/cancer/en/>
- Páez, M., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2005). La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 49-70. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120049A/16093>
- Parra, C., García, L., & Enríquez, J. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 65-84. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n1/v40n1a07.pdf>
- Pintado, S., & Chiba, M. (2016). Alteraciones de la autoestima y la imagen corporal y síntomas de depresión y ansiedad en una muestra de pacientes mexicanas con cáncer de mama. *Revista de salud pública de México*, 58(4), 400-401. Recuperado el 15 de abril de 2019 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342016000400400&script=sci_arttext
- Plazas, E. (2006). B. F. Skinner: la búsqueda de orden en la conducta voluntaria. *Universitas Psychologica*, 5(2), 371-384. Recuperado el 11 de agosto de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200013&lng=pt&tlng=es.
- Quintero, M., & Finck, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 15(1), 49-64.
- Raich, R., Torras, J., y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5(1), 55-70.
- Ramírez, M., Rojas, M. y Landa, E. (2016). Efecto de una intervención cognitivo conductual breve sobre el afrontamiento y las sintomatologías ansiosa y depresiva de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/ Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 7(1), 1-8.
- Rendón, M. I., Soler, F., & Cortés, M. (2013). Relaciones déicticas simples, toma de perspectiva y competencia social. *Artículos en PDF disponibles desde 1994 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en www.elsevier.es/sumapsicol*, 19(2), 19-38.
- Rare Cancer Alliance. (2011). *History of Cancer*. Recuperado el 14 de marzo de 2019 de <http://www.rare-cancer.org/history-of-cancer.php>

- Rocha Sánchez, T. (2009). Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-sociocultural: un recorrido conceptual. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 250-259. Recuperado el 07 de marzo de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28412891006.pdf>
- Roche Argentina (s.f). *Hitos en el tratamiento del cáncer*. Recuperado el 18 de abril de 2019 de https://www.roche.com.ar/content/dam/rochexx/roche-com-ar/roche_argentina/es_AR/imagenes/dialogos-sobre-el-cancer-avances-y-desafios/HITOS-EN-EL-TRATAMIENTO-DEL%20CANCER.pdf
- Salas, C., & Grisales, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(1), 9-18. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9667/v28n1a02.pdf?sequence=1>
- Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(1), 137-141. Recuperado en 03 de marzo de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100026&lng=es&tlng=es.
- Salgado, A. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 121-159. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.55>
- San Martín, C. (2007). Espiritualidad en la tercera edad. *Psicología, Cultura y Sociedad. Psicodebate*. 111-28.
- Schneider, J., Pizzinato, A., & Calderón, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología*, 33(2). Recuperado en marzo 15 de 2019, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a08v33n2.pdf>
- Sebastián, J., León, M., & Hospital, A. (2009). Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasi prospectivo de la personalidad tipo c. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 461-479. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a06.pdf>
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y salud*, 18(2), 137-161.
- Skinner, E. (1996). A Guide to Constructs of Control. (P. S. University, Ed.) *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570.
- Smith, J., Richardson, J., Hoffman, C., & Pilkington, K. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic review. *Journal of advanced nursing*, 52(3), 315-327. Recuperado el 19 de octubre de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16194185>

- Sociedad Americana Contra el Cáncer. (2017). *Tratamiento contra el cáncer según su etapa. Tratamiento y apoyo*. Recuperado el 27 de febrero, 2019, de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-del-seno-segun-su-etapa.html>
- Tanz, C. (1980). Personal pronouns. *Studies in the acquisition of deictic terms*.
- Tercero, G. (1998). *La imagen corporal de los adolescentes anclada en lo femenino*. Recuperado de <http://www.mipediatra.com/infantil/adolescente-fem.htm>
- Thompson, J., Coovert, M. & Stormer, S. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 43–51.
- Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR*. España: Didacbook, S.L.
- Torres, L. (2007). Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. *Medigraphic*, 45(2), 157-166. Recuperado el 3 de noviembre de 2019, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im072i.pdf>
- Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, 2(2), 241-257. Recuperado el 09 de marzo de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200006&lng=pt&tlng=es.
- Vilardaga, R., Estévez, A., Levin, M., & Hayes, S. (2012). Deictic relational responding, empathy, and experiential avoidance as predictors of social anhedonia: Further contributions from relational frame theory. *The Psychological Record*, 62(3), 409-432.
- Viniegras, C. & Blanco, M. (2010). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1), 72-80. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/559/480>
- Weil, T. (2006). *The impact of training deictic frames on perspective taking with young children: A relational frame approach to theory of mind*. (Tesis doctoral). Universidad de Nevada, Reno, Estados Unidos.
- Yépez, M., Jurado, D., Bravo, L., & Bravo, L. (2018). Trends in cancer incidence, and mortality in Pasto, Colombia. *Colombia Médica*, 49(1), 42-54. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29983463>

Apéndices

Apéndice 1.

Escala de Imagen Corporal de Hopwood

Escala de Imagen Corporal *

Hopwood, et.al (2001)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

En el siguiente cuestionario se le preguntará acerca de cómo se siente con respecto a su apariencia física, y sobre los cambios que ha experimentado como resultado de su enfermedad o del tratamiento. Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y marque una X junto a la respuesta que más se aproxima a la forma en que se ha sentido consigo mismo durante las últimas semanas.

	Ítems	Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
1	¿Está consciente de su apariencia física?				
2	¿Se siente menos atractiva físicamente?				
3	¿Se siente insatisfecha con su cuerpo?				
4	¿Se siente insatisfecha con su cuerpo cuando está vestida?				
5	¿Se siente insatisfecha con la apariencia de su cicatriz?				
6	¿Se le dificulta verse cuando está desnuda?				
7	¿Siente que el tratamiento ha dejado su cuerpo incompleto?				

8	¿Sus sentimientos acerca de su apariencia hacen que evite a la gente?				
9	¿Se siente menos atractiva sexualmente?				
10	¿Se siente menos femenina?				

*Versión adaptada y baremada para países latinoamericanos.

Apéndice 2.

Guía de entrevista

1. ¿cuál es tu nombre?
2. ¿a qué te dedicas?
3. ¿cuál es tu estado civil?
4. ¿quiénes conforman tu familia?
5. ¿en qué fase del cáncer te encuentras?
6. ¿En qué nivel socioeconómico creciste?
7. ¿tus padres qué nivel de educación alcanzaron?
8. A nivel no formal ¿qué tanta preparación o conocimiento crees que tenían tus padres sobre enfermedades crónicas como el cáncer?
9. ¿Recuerdas cuando eras pequeño/a qué hacían o qué decían tus familiares cuando alguien se enfermaba?
10. ¿En tu familia han existido antecedentes de enfermedades crónicas o similares?
11. Si la respuesta anterior es un Sí, ¿Cómo afrontaron en la familia el diagnóstico de esas enfermedades de tus familiares?
12. ¿Recuerdas que tan importante era la imagen corporal para tu mamá, tías o mujeres cercanas?
13. ¿Qué tanto se mantenían arregladas tu mamá o mujeres cercanas?
14. ¿Que implica la vanidad para ti?
15. ¿Cómo crees que se expresa esta vanidad?
16. ¿Qué características de las mujeres crees que hacen a una mujer vanidosa?
17. ¿En algún momento pensaste haber perdido la feminidad en este proceso?, ¿Por qué?
18. ¿Cómo defines a una mujer, qué características tiene una mujer (físico)?
19. ¿Qué de esas características (feminidad) que me has dado, tienes tú?
20. Hablando un poco más de ti, actualmente ¿en qué condición socioeconómica vives?
21. ¿Con qué comodidades cuentas tu para acceder a los servicios de salud?
22. ¿Con qué facilidad has accedido a exámenes y tratamientos?
23. ¿Cómo has afrontado tu diagnóstico?
24. ¿Qué es lo más difícil de haber recibido tu diagnóstico?
25. ¿Cómo han afrontado tu familia y amigos tu enfermedad y el proceso de esta?
26. ¿qué crees que piensa la sociedad acerca del cáncer de seno?
27. ¿alguna vez habías leído algo sobre el cáncer de seno antes de tu diagnóstico?
28. ¿Antes de tu diagnóstico que pensabas de las mujeres con cáncer de seno?
29. ¿Qué tan diferente fue recibir el diagnóstico a lo que pensabas?
30. Ahora que tienes cáncer de seno ¿has leído sobre este? ¿qué conoces? ¿sabes cuáles son sus consecuencias, tratamientos, etc.?
31. ¿Cuáles han sido los sentimientos que has experimentado durante este proceso? ¿De estos cuáles han sido los peores y cuales han sido los mejores?
32. ¿De estos sentimientos cuales podrías clasificar como negativos?

33. ¿Cuáles sentimientos quisieras que ya no estuvieran?
34. De estos negativos ¿Cuáles estarías dispuesta a sentirlos?
35. ¿Qué has hecho para manejar todo lo que el diagnóstico implica? ¿Cómo organizas tus tiempos, tomas tus medicamentos, asistes a controles y continuas con tus responsabilidades?
36. ¿Recuerdas cómo te definías a ti misma antes de la enfermedad?
37. ¿Crees que algo de esa definición cambió después de la enfermedad?
38. ¿Existe algo que hayas perdido como mujer o como profesional a partir del diagnóstico?
39. ¿Qué cosas crees que has ganado con el diagnóstico?
40. ¿Qué cambios físicos has experimentado desde el momento del diagnóstico?
41. ¿Qué es lo que más te ha dolido perder o cambiar con esas modificaciones?
42. ¿Estas pérdidas han generado algún tipo de inseguridad? en qué aspectos? cuéntame al respecto.
43. ¿Ahora con los cambios cómo crees que te ve la gente?
44. ¿Frente a situaciones nuevas por ejemplo buscar un trabajo, conseguir una pareja o conocer gente nueva, este diagnóstico que ha generado?
45. Frente a todas estas situaciones, ¿qué quisieras cambiar?
46. ¿Esta experiencia te ha aportado algo positivo?
47. ¿Estás tomando alguna medicación actualmente o recibiendo cualquier otro tipo de terapia?
48. ¿Qué es lo más difícil de verte a ti misma tomándote o yendo a recibir los tratamientos?
49. ¿Qué dicen los demás frente a tomar el medicamento o acceder a los tratamientos?
50. ¿Crees que ellos no entienden del todo lo que se siente al estar pasando por esto?
51. ¿Si pudieras decirles algo a ellos respecto a las decisiones sobre tu cuerpo que sería?
52. ¿En este momento del tratamiento sientes que estás mejor o peor que antes?
53. ¿Cuándo te ves al espejo qué ves ahora en ti?
54. ¿Cómo te veías antes del diagnóstico?
55. ¿Quién eres tú?, ¿Cómo crees que te puedes definir?
56. ¿Si tú fueras tu pareja qué pensarías de ti?
57. ¿Qué crees que piensan tus amigos y familiares de ti?
58. ¿Qué crees que piensan las personas que te conocen por primera vez de ti?
59. ¿Cuándo vas a hacer algo en lo que eres nueva que es lo primero que piensas?
60. ¿Cuándo no te salen las cosas bien en las relaciones con las personas crees que el cáncer tiene algo que ver?
61. ¿Si pudieras definir el cáncer cómo lo definirías?
62. ¿De esa definición de cáncer que acabas de darme qué crees que tienes tu?
63. ¿Tenías eso antes de tener el diagnóstico o lo has ganado después del diagnóstico?
64. Si pudieras estar en un lugar diferente o en un momento de tu vida distinto ¿en cuál estarías?

Apéndice 3.

Modelo de consentimiento informado del participante

	CONSENTIMIENTO INFORMADO
---	---------------------------------

INTRODUCCIÓN

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación: **“Toma de perspectiva en la aceptación de la imagen corporal y la enfermedad en mujeres con cáncer de seno”** Este documento le proporciona la información necesaria para que usted participe voluntaria y libremente. Antes de dar su consentimiento, usted necesita entender plenamente el propósito de su decisión, este proceso se denomina consentimiento informado. Una vez que haya leído este documento y resuelto con su psicólogo investigador las dudas, se le pedirá que firme este formato en señal de aceptación de participar.

INFORMACIÓN GENERAL
Propósito del estudio

Usted participará en un estudio que pretende identificar las respuestas relaciones deícticas y de toma de perspectiva que se relacionan con las habilidades percibidas y la aceptación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de seno.

Procedimiento del estudio

La presente investigación estuvo organizada por fases de la siguiente manera:

I - Fase de organización y conceptualización: se llevó a cabo la elección del tema de investigación. Se realizó la revisión de literatura y la identificación de posibles dificultades teóricas y metodológicas con relación al tema de investigación y se identificaron los objetivos de investigación.

II – Fase de construcción: se planteó el diseño para abordar el fenómeno de estudio y se delimitaron las categorías de análisis de la entrevista, construyendo los ítems que la conformaron.

III - Fase de contacto: Se delimitaron los criterios de inclusión para la población y se realizó el contacto con las diferentes instituciones que contaban con los posibles participantes dando a conocer la investigación, los objetivos y las implicaciones para los participantes.

IV – Fase de trabajo de campo: Se seleccionaron los participantes, se les entregó el consentimiento informado y se les dio explicación de la investigación, su rol en la entrevista y la posibilidad de retirarse en el momento en que así lo decidiera. Finalmente, se realizó la entrevista con cada uno de los participantes y se les aplicaron los respectivos instrumentos.

V – Fase de Organización de resultados: Se realizó la transcripción de las entrevistas y se codificaron a través del Software Nvivo y las respectivas categorías que emergieron de la búsqueda teórica y la riqueza del discurso de los participantes. Adicionalmente, se llevaron a cabo los análisis cuantitativos de las pruebas a través del software estadístico SPSS.

VI – Fase de análisis: Se llevó a cabo el análisis de resultados y se contrastaron con la literatura para obtener la discusión y conclusiones de la investigación.

Riesgos de participación

No existe ningún riesgo por participar en este estudio. Las investigaciones previas han demostrado que no hay ningún peligro.

Confidencialidad

Toda la información que se obtenga en el estudio será confidencial y solo será usada con fines académicos. Para garantizar la confidencialidad, nos aseguraremos de que la identidad de los participantes permanezca anónima, por lo que cada participante será identificado con un código que será usado para referirse a este. Asimismo, mantendremos los registros en audio, las pruebas psicológicas y en general cualquier registro en un sitio seguro.

La confidencialidad será también guardada en cualquier publicación o presentación que se realice para dar a conocer a la comunidad científica de los resultados de esta investigación. De esta manera, se guardará el secreto profesional de acuerdo con lo establecido en la Ley 1090 de 2006 que rige la profesión de psicología.

Derecho a rehusar o retirarse del estudio

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, si usted se negara a participar o decidiera retirarse, puede hacerlo en el momento que lo considere; esto no le generará ningún problema, ni tendrá consecuencias a nivel legal.

AUTORIZACIÓN

Yo _____ con Cédula de Ciudadanía N° _____ de _____ he comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado. El investigador me ha permitido expresar todas mis observaciones y ha aclarado todas las dudas que he planteado respecto a los fines, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de participar en el estudio.

Su firma en este documento indica que usted da su consentimiento voluntario para participar en el estudio, de igual forma que ha leído y comprendido los objetivos, procedimientos, riesgos, derechos y beneficios de hacer parte de este estudio.

Firmas*Participante:*

Nombre:

Firma: _____

CC.

Teléfono:

Investigador 1:

Firma _____

CC.

Investigador 2:

Firma: _____

CC.

Asesor de investigación:

Firma _____

CC.

Investigador 3:

Firma: _____

CC.

Si usted tiene dudas acerca de su participación en este estudio puede comunicarse con el tutor principal del proyecto de investigación, **Sergio Armando Ribero Marulanda** al celular: 3186421270 o al correo electrónico *sribero781@unab.edu.co*

Apéndice 4.

Categorías orientadoras de la entrevista

Categorías orientadoras	Definición	VARIABLES DE INDAGACIÓN
<i>Elementos sociodemográficos</i>	Los elementos sociodemográficos refieren a todos aquellos aspectos, sociales, económicas y territoriales que caracterizan a determinada población, y que permiten abordarlas según sea el estudio. (Antipova, Wang y Wilmot, 2011).	<ul style="list-style-type: none"> · Edad · Nivel socioeconómico · Sexo · Estado Civil · Composición del núcleo familiar · Estadío de la enfermedad.
<i>Aceptación</i>	Acción que implica entrar en contacto con emociones, pensamientos y situaciones que de antemano son calificadas como negativas o adversas por el individuo, sin la necesidad de controlar o intentar disminuir su nivel de malestar (Ciarrochi, Bilich & Godsell, 2010; Córdova, 2001; Hayes, Pistorello & Levin, 2012; Twohig, 2012).	

Compromiso Hacen referencia a la ejecución de acciones relacionadas con sus valores, pero más que esto se busca la efectiva en el proceso de discriminación dentro de su repertorio conductual de aquellas conductas específicas que hacen más probable el contacto con aquello que ha identificado valioso en su vida (Ciarrochi, Bilich & Godsell, 2010; Flaxman, Blackledge & Bond, 2011; Hayes, Masuda, et al., 2007; Hayes, Pistorello & Levin, 2012).

***Marcos
relacionales***

Consiste en responder a un estímulo en relación con otro, en función de características arbitrarias (es decir definidas por la comunidad social) o no-arbitrarias (es decir independientemente de la comunidad social) (Barnes-Holmes, Hayes y Dymond 2001)

Marcos deícticos: El papel principal de estos marcos está en la toma de perspectiva en particular y la cognición social en general ha sido subrayado por Barnes-Holmes, Hayes y Dymond (2001).

Se incluyen tres marcos de toma de perspectiva: las distinciones YO - TÚ (perspectiva interpersonal), AQUÍ-ALLÍ (perspectiva espacial) y AHORA-ENTONCES (perspectiva temporal).
