



UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA
SEDE SANTIAGO
CAMPUS LA FLORIDA

Relación entre Esquema Corporal y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama

Seminario Para Optar al Título de Psicólogo (a)

AUTORES: Carolina Mella, Lic. Y Claudia Silva, Lic.

PROFESOR GUÍA: Ps. Paola Andreucci, PhD

AGOSTO, 2017

Dedicamos esta tesis a nuestras familias

César, Camila y Catalina González
Salvador y Máximo Leiva

Agradecimientos

Debemos agradecer a muchas personas que nos ayudaron a realizar nuestro proyecto de investigación. Principalmente a la Unidad de Patología Mamaria del Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Alta complejidad en la comuna de Puente Alto, que nos permitió trabajar al interior de la institución. Por otro lado, a las pacientes que accedieron voluntariamente a participar en nuestro trabajo. A nuestros docentes y especialmente a nuestra supervisora de Seminario de Título Ps. Paola Andreucci A., por su disposición, tiempo y sobre todo por compartir sus grandes conocimientos. También a nuestras compañeras tesisistas por brindarnos motivación y apoyo continuo en este proceso.

Estamos especialmente agradecidas de nuestras familias, sin el apoyo, tolerancia comprensión, paciencia y amor de nuestros abuelos, tíos, padres, hermanos, suegras, esposos e hijos, este proyecto no se habría convertido en realidad.

Finalmente estamos agradecidas entre nosotras por la franqueza, responsabilidad, apoyo, complicidad, paciencia y fundamentalmente la amistad que se ha desarrollado a partir de nuestro trabajo en conjunto.

Resumen

El incremento del cáncer de mama en la población de mujeres chilenas, ha significado la búsqueda de nuevas estrategias y mejoras en el Programa Nacional de Cáncer de Mama, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad a través de la pesquisa precoz de la enfermedad. Sin embargo, un ámbito importante a considerar es la respuesta psicológica de estas mujeres.

Basado en la teoría de Françoise Dolto, quien establece una diferencia entre esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo. Se consideró la posible influencia tanto física como psicológica del cáncer de mama y la mastectomía.

Este proyecto tiene un enfoque cuantitativo y consistió en establecer si existía relación entre esquema corporal y depresión en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas de la Unidad de Patología Mamaria. Para esto se utilizaron dos instrumentos, la Escala de Imagen corporal BIS y el Cuestionario de Depresión de Beck.

Los resultados señalaron que un alto porcentaje de la muestra presentó una percepción adecuada de su esquema corporal y depresión mínima. Por lo que se requería un análisis exhaustivo con una metodología mixta que abordara la imagen inconsciente del cuerpo. Esta segunda fase no fue posible concretar.

Para concluir, se estableció una relación entre ambas variables lo que indicaría que una inadecuada percepción del esquema corporal aumentaría las posibilidades de desarrollar depresión. Un esquema corporal adecuado depende en gran medida de la persona, pero también se ve influenciada por su entorno.

PALABRAS CLAVES:

Cáncer de mama; Mastectomía; Esquema Corporal; Imagen Corporal; Depresión.

Abstract

The increase of breast cancer in the population of Chilean women has meant the search for new strategies and improvements in the National Breast Cancer Program, with the aim of reducing the mortality rate through early research of the disease. However, an important area to consider is the psychological response of these women. Based on the theory of Françoise Dolto, who establishes a difference between body schema and unconscious image of the body. The possible physical and psychological influence of breast cancer and mastectomy was considered.

The project has a quantitative approach that consisted in establishing if there was a relationship between body schema and depression in women with breast cancer mastectomized of the Mammary Pathology Unit. Two instruments, the BIS Body Image Scale and the Beck Depression Questionnaire, were used for this purpose.

The results indicated that a high percentage of the sample presented an adequate perception of their corporal scheme and minimal depression. Therefore, an exhaustive analysis was required with a mixed methodology that approached the unconscious image of the body. This second phase was not possible to materialize.

In conclusion, a relationship was established between both variables, which would indicate that an inadequate perception of the body schema would increase the chances of developing depression. A proper body layout depends largely on the person, but is also influenced by their surroundings.

KEYWORDS:

Breast cancer; Mastectomy; Body Scheme; Body image; Depression.

Índice

Resumen	4
Introducción	8
Capítulo I: Planteamiento del Problema.....	10
Pregunta de Investigación	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos.....	10
Justificación y Propósito de la Investigación	11
Capítulo II: Marco Referencial	12
Cáncer de Mama.....	12
Tratamientos.....	13
Efectos psicológicos del cáncer de mama.	14
Esquema corporal.....	16
Cambios en el esquema corporal.....	17
Diferencias entre esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo, según Françoise Dolto (1984).....	18
Otras teorías de Esquema Corporal.....	20
Depresión	21
Teorías de la depresión.....	22
Tipos de depresión	23
Sintomatología.	23
Capítulo III: Marco Metodológico	25
Enfoque	25
Diseño de Investigación	25
Alcance de Investigación.	25
Hipótesis.....	26
Definición Conceptual de Variables	27
Esquema Corporal.....	27
Depresión.	27
Edad.....	27

Año de Mastectomía.....	27
Definición Operacional de Variables	27
Esquema corporal.....	27
Depresión	28
Edad.....	28
Año de Mastectomía.....	28
Selección de la Muestra.....	28
Instrumentos de Medición.....	29
Esquema Corporal.	29
Depresión.	30
Plan de Análisis de Datos.....	30
Procedimientos y Secuencia Metodológica.....	32
Aspectos Éticos	34
Capítulo IV: Presentación y análisis de los Resultados	36
Capítulo V: Discusión de Resultados.....	47
Capítulo VI: Conclusiones	48
Referencias Bibliográficas	50
Anexos.....	56

Introducción

Según estimaciones de Global Burden of Cancer Study (GLOBOCAN, 2012) indican que a nivel mundial el cáncer de mama aparece como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer.

En Chile el incremento de la enfermedad ha significado mejoras constantes en el Programa Nacional de Cáncer Mama y un abordaje integral mediante un equipo multidisciplinario, ya que el cáncer no solo causa un impacto a nivel físico, sino también psicológico y social. Se ha considerado que la mama tiene relevancia crucial en la identidad femenina (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007). Por lo que en mujeres diagnosticadas que deben someterse a distintos tratamientos como mastectomía, ya sea parcial o radical, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia, se observan cambios en la imagen corporal, reacciones emocionales de pérdida, disminución de la autoestima y depresión (Lluch, Almonacid y Garcés, s.f).

Françoise Dolto (1984) plantea una diferencia entre esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo, teoría de la cual nos basaremos para esta investigación, ya que considera esquema corporal como la representación consciente, pre consciente e inconsciente del propio cuerpo y tiene relación directa con la integridad de este o afecciones de tipo orgánicas. Por otro lado, señala que la imagen corporal es propia para cada sujeto y que se construye de las propias experiencias emocionales, su historia y en relación con otros. Es inconsciente pudiendo tomarse en la parte preconsciente cuando se manifiesta en el lenguaje consciente por medio del lenguaje verbal y no verbal.

El cáncer es considerado un acontecimiento vital perturbador. Su significado para el paciente y su familia es más que perder la salud física, ya que causa una importante carga emocional negativa (Sánchez et al. 2007).

Sánchez, Corbellas y Camps (2007) Señalan la necesidad de asistencia integral a las pacientes con cáncer y, por otro lado, la integración de los diferentes niveles asistenciales y de los diferentes servicios que contribuyen en su tratamiento. Este modelo de cuidados continuos pretende unificar los criterios del tratamiento desde etapas tempranas de la enfermedad hasta el final del mismo, ya sea este por curación o por fallecimiento.

La relevancia mundial y nacional que se le otorga a este tema, es cómo la enfermedad afecta en la vida de las pacientes. Es por esto que el acompañamiento de psicólogos en el equipo de unidad de mama a nivel primario y secundario de salud es fundamental, con el objetivo de educar a la población sana sobre la importancia de la detección precoz, acompañar los casos de sospecha de cáncer de mama y apoyar a las mujeres diagnosticadas con esta patología y a su grupo familiar entregando diversas herramientas para el afrontamiento de la enfermedad.

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar si existe relación entre esquema corporal y depresión en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, entre 35 a 75 años que han recibido atención médica durante los años 2016 y 2017, en la Unidad de Patología Mamaria de un Centro de Diagnóstico y Tratamiento de alta complejidad en Santiago de Chile.

Se profundizará en el concepto de cáncer de mama, síntomas y signos, tratamientos tales como; radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. Pero principalmente, se abordan las teorías de Dolto sobre esquema corporal, imagen inconsciente del cuerpo y la teoría de Beck sobre depresión.

Finalmente, en el último apartado se encontrarán los resultados de la investigación que darán cuenta de los análisis y comparaciones pertinentes.

Capítulo I: Planteamiento del Problema

Luego de lo observado se propone abordar los siguientes aspectos que permitirán ir dando las respuestas requeridas a la investigación.

Pregunta de Investigación

¿Existe relación entre esquema corporal y depresión en mujeres con cáncer de mama?

Objetivo general

- Determinar si existe relación entre percepción de esquema corporal y grado de depresión en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, entre 35 a 75 años que han asistido en los dos últimos años a control médico en la Unidad de Patología Mamaria de un Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Alta complejidad en Santiago de Chile.

Objetivos específicos

- Identificar el grado de percepción de Esquema corporal en mujeres con cáncer de mama, entre 35 y 75 años.
- Comparar por rango etario la percepción de esquema corporal
- Comparar por año de cirugía la percepción de esquema corporal
- Identificar el grado de depresión en mujeres con cáncer de mama, entre 35 y 75 años.
- Comparar por rango etario el grado de depresión.
- Comparar por año de cirugía el grado de depresión.

Justificación y Propósito de la Investigación

Conveniencia. Un estudio de estas características permitirá determinar si existe relación entre Esquema corporal y Depresión en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas.

Relevancia social. Esta investigación contribuirá al conocimiento y entendimiento sobre el cáncer y sus efectos en las áreas cognitivas, afectivas y sociales. En busca del mejoramiento en salud mental y el bienestar de la población. Donde el acompañamiento de psicólogos en los equipos de unidad de patología mamaria a nivel primario y secundario de salud es fundamental, con el objetivo de educar a la población sana sobre la importancia de la detección precoz, acompañar los casos de sospecha de cáncer de mama y apoyar a las mujeres diagnosticadas con esta patología y a su grupo familiar.

Valor teórico. La información obtenida servirá para conocer el comportamiento de mujeres con cáncer de mama y su relación con las variables Esquema corporal y Depresión, permitiendo generar conocimiento nuevo respecto del grupo de estudio con la consiguiente posibilidad de desarrollar investigaciones posteriores referentes a factores emocionales que pudiesen influir en la aparición de esta patología o viceversa.

Viabilidad. Existe viabilidad para realizar esta investigación, ya que se cuenta con la factibilidad de recursos humanos, es decir, disponibilidad horaria de todas las partes involucradas. Incluyendo la aprobación, acceso y autorizaciones del centro de diagnóstico; cuyo compromiso es otorgar retroalimentación del estudio y considerar los aspectos éticos pertinentes. Además de los recursos financieros que consisten básicamente en los manuales y fotocopias de la Escala de imagen corporal (Bis) y del Inventario de Depresión de Beck validados en nuestro país y otros gastos como movilización, alimentación, y lápices.

Capítulo II: Marco Referencial

El presente capítulo tiene por objetivo determinar si existe relación entre esquema corporal y depresión en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas. Se llevará a cabo una revisión del marco teórico principalmente basada en la teoría de Françoise Dolto que sustentará el contenido del proyecto, haciendo una distinción entre esquema corporal que lo define como la realidad asociada al organismo propiamente en contacto con el mundo y la imagen corporal más subjetiva que se construye de las experiencias emocionales de cada sujeto.

Cáncer de Mama

En el cáncer de mama los genes encargados de la reproducción celular y su control, sufren numerosas mutaciones, reproduciéndose y produciendo nuevas células con las mismas características. La agrupación de estas células mutadas es el tumor maligno (Salazar, s.f.).

El Ministerio de Salud (MINSAL, 2015) define el cáncer de mama como “una enfermedad, debida al crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse”.

El síntoma más común del cáncer de mama es la aparición de una masa o nódulo, en ocasiones palpable. Puede presentar dolor en la mama afectada, retracción o secreción sanguinolenta del pezón. Otros síntomas y signos son el endurecimiento o inflamación de una de las mamas. Además, el cáncer de mama puede diseminarse a los ganglios linfáticos de las axilas o alrededor de la clavícula (Sánchez y Dos Santos, 2007).

Se cree que el 50% de los casos diagnosticados con cáncer de mama se relacionan a factores de riesgo determinables a la edad y género. Entre otras causas predisponentes, se encuentran factores hormonales, reproductores, antecedentes familiares o personales de neoplasia mamaria y antecedentes de enfermedad benigna de la mama. Además, el estilo de vida, dieta y ambiente son factores de riesgos a considerar (Chabner, Lynch Jr. y Longo, 2009).

Según estimaciones de GLOBOCAN (2012) en países desarrollados es la segunda causa de muerte por cáncer (198.000 muertes, 15,4%) después del cáncer de pulmón y en países menos desarrollados es considerada la principal causa de muerte por cáncer de la mujer (324.000 muertes, el 14,3% del total).

A nivel mundial el rango de tasas de mortalidad por cáncer de mama es menor que el de la incidencia debido a que presenta una mayor supervivencia.

Tratamientos. Existen distintos tipos de tratamientos, la indicación va a depender del tipo de cáncer de mama y la etapa en la que se encuentra.

La cirugía y Radioterapia son considerados tratamientos locales, ya que tratan el tumor sin afectar otras partes del cuerpo (American Cancer Society, 2016).

La cirugía mamaria se realiza en la mayoría de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. El tipo de cirugía va a variar dependiendo del objetivo terapéutico.

Cirugía conservadora de mama o mastectomía parcial. Esta cirugía es utilizada en mujeres con cánceres en etapa temprana. Su principal ventaja consiste en que el paciente pueda conservar gran parte de su mama, extirpando solamente la zona que contiene el cáncer (tumoración) y el tejido circundante normal o sano. La cantidad de mama extraída va a depender del tamaño, ubicación, cantidad de focos, entre otros. Sin embargo, en la mayoría de estos casos, se requiere radiación como tratamiento complementario o uso de tratamiento oral con el fin de reducir el riesgo de aparición de una recidiva del cáncer (American Cancer Society, 2016).

Mastectomía total. Consiste en extirpar la totalidad de la mama, en ocasiones durante la misma cirugía se realiza disección axilar, donde se eliminan los ganglios linfáticos de la axila o el tejido muscular de debajo de la mama, con el objetivo de saber si el cáncer se ha diseminado a los ganglios axilares (American Cancer Society, 2016).

Radioterapia. “Es un método altamente dirigido y sumamente eficaz para destruir las células cancerosas que pudieron haber quedado en la mama después de la cirugía. La radiación puede reducir el riesgo de recurrencia del cáncer de mama en alrededor del 70 %.” (breastcancer.org, 2016). Por lo general la zona de radiación incluye regiones supra e infra clavicular y la pared del tórax (Chabner, Lynch, Jr. y Longo, 2009).

La radiación puede provocar irritación, enrojecimiento, picazón o sequedad en la zona irradiada, produce una quemadura similar a una originada por el sol. Ésta quemadura desaparece

dentro de seis a doce meses, por lo que se requiere un cuidado especial de la piel (breastcancer.org, 2012).

“Los efectos colaterales comunes incluyen fatiga y efectos tóxicos en la piel. Los efectos colaterales raros incluyen pulmonares, cardíacos, riesgo aumentado de enfermedad coronaria y para desarrollar una segunda enfermedad maligna primaria, como el sarcoma inducido por radiación” (Chabner, et al. 2009).

Quimioterapia. La quimioterapia también es llamada tratamiento sistémico, ya que su administración directa al torrente sanguíneo puede atacar células cancerígenas localizadas en cualquier parte del cuerpo (American Cancer Society, 2016).

Chabner, et al. (2009) Señalan que la quimioterapia reduce el riesgo de recaída por cáncer de mama en un 37% y la muerte 30% en mujeres menores de 50 años de edad. Eficaz en 10% de mejoría absoluta en 15 años de supervivencia. En mujeres de 50 a 69 años de edad, disminuye el riesgo de recidiva en 19% y la muerte en 12%. Eficaz en mejoría absoluta en supervivencia de 3% a 15 años. Son escasos los estudios que incluyan a mujeres mayores de 70 años por lo que los beneficios de la quimioterapia son inciertos.

Los efectos colaterales incluyen náuseas, vómito, fatiga, pérdida temporal del pelo, mucositis y diarrea. En algunos casos las altas dosis acumulativas de antraciclinas pudieran desarrollar cardiomiopatías (Chabner, et al. 2009).

Efectos psicológicos del cáncer de mama. Chávez y Juárez (2016) en su investigación acerca de las reacciones psicológicas que se presentan en pacientes con cáncer de mama, señalan que las mujeres al recibir el diagnóstico positivo de esta enfermedad lo perciben como una noticia muy dolorosa e inaceptable, produciendo la asimilación lentamente de un duelo por la pérdida de su salud e inclusive de sus senos. Por lo cual tras el tratamiento de quimioterapia o mastectomía sienten miedo a quedar desfiguradas, vergüenza y enojo consigo mismas, disminuyendo su actividad sexual y alejándose de los demás. Sus familias también se ven afectadas emocionalmente generándoles depresión, sobreprotección y algunos se comportan indiferentemente.

Ochoa y Casellas - Grau (2017) en su estudio acerca del cambio vital positivo tras un cáncer: Ingredientes para facilitarlos y efectos sobre el bienestar, señalan que la psicología

positiva (Psipos) que estudia los cambios vitales positivos tras padecer un cáncer, mejorarían la adaptación psicosocial, la adherencia a los tratamientos, bienestar y calidad de vida. Debido a que estos programas han tenido una excelente aceptación y ayudan a mejorar los resultados de programas tradicionales de control o manejo del estrés en estas pacientes.

Molano y Vélez (2017) realizaron un estudio relacionado con la percepción acerca del cáncer de mama. Determinando que el cáncer de mama es una enfermedad de alto riesgo social y económico que genera sentimientos de angustia y depresión, además inseguridades e insatisfacción con su cuerpo que las lleva a distanciarse interpersonalmente y de sus parejas, deteriorándose su autoconfianza y autoestima que inciden directamente en su calidad de vida.

Noguera, Román, Varona, Ameiller y Ocaña (2016) realizaron una investigación acerca de la mortalidad por cáncer de mama, señalando que esta enfermedad es la neoplasia más habitual y una de las principales causas de muerte en las mujeres. Por este motivo realizaron un estudio descriptivo retrospectivo de mujeres fallecidas durante los años 2014 – 2015 para describir la mortalidad por esta enfermedad. Determinando que la mayor cantidad de ellas pertenecían a zonas urbanas, mayores de 50 años y que el consejo popular San Juan el Cristo de Cuba tiene la mayor tasa de años de vida perdidos (muerte prematura) incrementándose la tasa de mortalidad.

Montiel y guerra (2016) se refieren a la psi coeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama, ya que sería una estrategia factible, efectiva y económica para abordar sus necesidades, integrando la educación, prevención y psicología para fortalecer sus capacidades. Indicando que, en Cuba a pesar de existir mayor incidencia de esta enfermedad, existen mejores cifras relacionadas a la supervivencia debido a la temprana detección, tratamiento y programas de salud. Por lo cual es importante la psi coeducación para prepararlas e integrarlas socialmente y mejorar su calidad de vida. Siendo importante informarlas de su condición de salud, que comprendan la enfermedad, buscar un cambio conductual, que se sientan responsables del proceso, autorregulación afectiva y cognición, potenciar la resiliencia, promover un estilo de vida saludable, estimular la autoestima, el bienestar emocional y el afrontamiento activo del proceso.

Montoya (2015) realiza un estudio para determinar la influencia de las creencias irracionales en los niveles de autoestima de las pacientes con cáncer de mama. Aplicando varios reactivos para evaluar e identificar el tipo de creencias irracionales predominantes y los niveles

de autoestima en diversas áreas. Determinando que las creencias irracionales si influyen en la autoestima de estas pacientes, pero que no se instauran tras el diagnóstico, sino que están preestablecidas en base al desarrollo y circunstancias personales, como el estilo de crianza y las relaciones primarias, además del nivel social, económico y educativo, ya que a través de estos se evidencia la imagen de sí mismo hacia el entorno repercutiendo en el auto concepto y la autoestima.

Esquema corporal

Las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente frente al diagnóstico, van a depender de la valoración propia que pueda hacer respecto de la patología, sus recursos y las redes de apoyo con las que cuenta. Cuando el cirujano oncólogo informa el resultado de la biopsia positiva a neoplasia maligna, surgen expectativas relacionadas al dolor, ideas respecto a la muerte, a los cambios en la rutina, miedo al abandono por parte de los seres queridos. Pero particularmente ante esta patología se despiertan preocupaciones relacionadas a los cambios físicos, ya sea por tratamientos o por el deterioro propio de la enfermedad (Antón, Calderero, Puértolas, s.f.).

El tratamiento más importante para combatir el cáncer de mama es la cirugía (mastectomía). Sin embargo, esta opción terapéutica causa un impacto significativo en el estado emocional de los pacientes, debido a la pérdida del órgano y sentido de mutilación (Rincon, Pérez, Borda, Agustín, 2010). Otros problemas asociados con la imagen corporal son las preocupaciones acerca del aumento o pérdida de peso, pérdida de cabello debido a la quimioterapia (Fobiar et al., 2006). Estos cambios en la imagen corporal pueden provocar disminución de la autoestima y depresión (Lluch, Almonacid, Garcés, s.f.).

Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2007) señalan que las connotaciones psicosociales respecto a la mama han ido ejerciendo gran importancia para la mujer, por lo cual la mama tiene una relevancia crucial en la identidad femenina.

Los discursos contemporáneos sobre salud y la imagen vinculan al cuerpo y a la identidad (Martínez, 2004). En este sentido, las mamas son consideradas símbolos de belleza, sexualidad, reproducción y afectividad, por lo que la mastectomía ya sea parcial o radical, en algunas

pacientes pudiese equivaler a la pérdida de la atracción sexual o feminidad (Lapeira, Acosta y Vásquez, 2016).

Cambios en el esquema corporal. Se identifican distintos niveles de respuesta, de acuerdo a los cambios originados por el cáncer de mama y sus tratamientos.

Nivel perceptivo. Es una variable muy significativa para la mujer que se constituye por la representación psíquica y social de su identidad (Sebastián, Manos, Bueno y Mateo, 2007). En el caso de haber alguna alteración en la mama es percibido como una deformidad, pudiendo aparecer otras alteraciones como el miembro fantasma, atención focalizada y falta de atención a otras partes del cuerpo que no han tenido cambios, por lo cual mientras más mutilante es la cirugía se observarán mayores alteraciones emocionales en la mujer (Melet, 2007).

Nivel Cognitivo. Generalmente aparecen errores cognitivos relacionados con el cuerpo y el entorno, además de un auto diálogo interno fustigador y ofensivo que se focaliza en la pérdida de la mama y en los efectos nocivos de la intervención. Estos discursos des adaptativos son pensamientos intrusivos acerca de su apariencia física y el temor a que su entorno también las observe, además empiezan a tener creencias disfuncionales relacionadas a su valía personal, solo por su apariencia física sin considerar otros parámetros como sus cualidades y capacidades sociales, intelectuales, etc. Teniendo una percepción de pérdida de su atractivo y valor (Fernández, 2004).

García y Domínguez (2011), señalan que la quimioterapia genera secuelas físicas como el incremento del peso, hinchazón de la cara y el cuerpo que les causa disgusto y rechazo frente a esta nueva imagen. Estas alteraciones no tienen que ser tan visibles para que le cause angustia a la mujer, es decir, el cambio objetivo que le ha producido la enfermedad, sino el significado que ellas le atribuyen (Fernández, 2004).

Nivel afectivo emocional. Un cambio en la autoimagen puede producir respuestas emocionales determinadas por el cambio físico tras la cirugía, generando ansiedad, vergüenza y miedo al rechazo asociadas a un malestar generalizado que disminuye la autoestima y el auto concepto. No se sienten atractivas y algunas se ven como poco mujer, debido a los factores

socioculturales que asocian los senos a un símbolo de femineidad, belleza y sexualidad (Fernández, 2004).

Nivel conductual. Las mujeres generalmente realizan conductas para ocultar o disimular su problema frente a ella y los demás, evitando mirarse al espejo o mirar la zona perturbada, cambiando su modo de vestir, hacen preguntas frecuentes acerca de su apariencia e incluso pueden tener conductas obsesivas, evitación social y aislamiento (García y Domínguez, 2011).

La paciente debe adaptarse a pérdidas importantes relacionadas a los cambios corporales, sentimientos, rutinas, actitudes y temores que todo este proceso conlleva (Sebastián, et al., 2007). En consecuencia, se alteran las funciones en todos los niveles: marital, laboral, familiar, económico, social y sexual. Esta situación genera un sufrimiento que se expresa en diferentes emociones independiente de su gravedad e indicación terapéutica (Martín, Matellanes y Pérez, 2007).

Diferencias entre esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo, según Françoise Dolto (1984)

Françoise Dolto (1984) se refiere al esquema corporal como a la realidad asociada al organismo propiamente tal que se contacta con el mundo, diferenciándola de la imagen corporal por ser más subjetiva, constituida por experiencias emocionales que se van adquiriendo a través de la historia personal de cada sujeto.

Señala que durante el desarrollo de un niño con afecciones orgánicas prematuras podrían existir trastornos en su esquema corporal que junto con la falta de relaciones de lenguaje alterarían su imagen del cuerpo. Pero es común que a pesar de no tener un esquema corporal sano desde el punto de vista motor y neurológico no se vea afectada su imagen del cuerpo, debido a la relación flexible, adaptada a sus necesidades y sin una angustia excesiva por parte de su madre y entorno, ya que al ser explicitado su déficit físico podrá expresar y fantasmaticar sus deseos sean estos realizables o no.

“Un niño focomélico, nacido sin miembros inferiores o superiores, posee un esquema corporal lisiado. No obstante, su imagen del cuerpo puede ser completamente sana y permitir un lenguaje de comunicaciones interhumanas tan completas y satisfactorias para él como las de un individuo no lisiado”. (P. 19)

Señala que, al ser reconocidos por sus padres como sujeto de sus deseos, responsables de su nacimiento y que lo aman con todo lo que su realidad implica de forma inconsciente se va estructurando una imagen del cuerpo sana.

Por el contrario, la no estructuración de la imagen del cuerpo se debe en gran parte a unos cuidadores desorientados que, al no obtener las respuestas necesarias para el niño, prefieren evitar comunicarse, haciéndolo solo mediante un cuerpo a cuerpo, es decir, dirigido solo a la satisfacción de sus necesidades y abandonando su humanización.

Françoise Dolto (1984) plantea que el esquema corporal no es la imagen corporal, define lo siguiente:

El esquema corporal es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestra realidad carnal, al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad, dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias todavía llamadas cenestésicas. (p.18)

El esquema corporal es el cuerpo actual en el espacio y experiencia inmediata. Es evolutivo en el tiempo y en el espacio. Se considera la representación consciente, pre consciente e inconsciente del propio cuerpo y tiene relación directa con la integridad de este o afecciones de tipo orgánicas. El esquema corporal se observa mediante el discurso o la conducta del individuo en distintos contextos y en relación a otros.

Por otro lado, la imagen corporal es propia para cada sujeto y que se construye de las propias experiencias emocionales, su historia y en relación con otros. Es inconsciente pudiendo tomarse en la parte pre consciente cuando se manifiesta en el lenguaje consciente por medio del lenguaje verbal y no verbal (Dolto, 1984).

Según lo que plantea Dolto, este relato consciente del esquema corporal permite la “objetivación de una intersubjetividad” considerando intersubjetividad al correlato inconsciente, no evidente de la imagen corporal. Debido a que la imagen del cuerpo entrelazada con el esquema corporal es posible entrar en comunicación con el otro.

Por tanto, cuando observamos alteraciones evidentes a nivel orgánico, como es el caso de las mujeres mastectomizadas puede observarse daños o trastornos en el esquema corporal lo que a su vez provoca cambios momentáneos o permanentes en la imagen corporal. En otros casos suele emerger respuestas contradictorias entre esquema e imagen corporal. Siguiendo el ejemplo anterior, en pacientes que padecen una enfermedad invasiva como el cáncer de mama y que se han sometido a distintos tratamientos, pudiesen presentar un esquema corporal sano sin embargo imágenes patógenas del cuerpo, esto se puede explicar desde la búsqueda de deseos o defensas construidos con la finalidad de defender la integridad del mismo cuerpo (Dolto, 1984).

Otras teorías de Esquema Corporal. Pintado y Chiba (2016) realizaron una investigación relacionada a las alteraciones de la autoestima y la imagen corporal y síntomas de depresión y ansiedad en una muestra de pacientes mexicanas con cáncer de mama. Determinando a través de cuestionarios estandarizados a 50 mujeres diagnosticadas que las que sufrían una mayor alteración de su imagen corporal presentarían mayores niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima, lo cual hace necesaria una mayor implementación de terapias psicológicas a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama orientadas a la conciencia corporal y a las cogniciones asociadas a ella.

Rincón, Pérez, Borda y Martín (2012) realizaron una investigación acerca del impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama, buscando determinar cuáles son las variables que permiten predecir un mayor grado de bienestar emocional. Se estudiaron 72 pacientes, utilizando una encuesta psicosocial, la escala de autoestima de Rosenberg, el cuestionario de calidad de vida y uno que mide el grado de satisfacción corporal, cuyos resultados señalan que las pacientes reconstruidas muestran una mayor satisfacción estética, autoestima y un menor deterioro de su imagen corporal.

Díaz (2010) en su estudio acerca de la sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico de mama. Señala que la confrontación con las secuelas orgánicas y psicológicas por la pérdida de una parte del cuerpo con gran trascendencia personal y cultural produce secuelas que pueden generar procesos que favorecen la

reconstrucción afectiva y la resignificación de la vida y en algunos casos se fijan en el dolor como una forma de no renunciar a lo perdido.

Depresión

MINSAL (2013) define la depresión como:

Una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios.

En todas las edades las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen alteraciones del estado del ánimo, depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios del apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación) e ideación suicida. (p.12)

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés, y disfunción y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión (OMS, 2013).

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) señalan:

“En cierto sentido la persona depresiva es como un ser puramente cerebral puede ver la gracia de un chiste, pero no le divierte. Describe las cualidades positivas de su esposa e hijos sin ninguna satisfacción. Reconoce el atractivo de su comida favorita o de una pieza musical, pero sin experimentar ningún entusiasmo”. (p. 41).

Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – 5 (2013), Se refiere al Trastorno de Depresión, basado en mantener los síntomas durante dos semanas afectando el funcionamiento previo, prevaleciendo síntomas como el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o de placer.

Botto, Acuña y Jiménez (2014), se refieren a la depresión como un trastorno complejo, etiológicamente multi determinado y clínicamente heterogéneo, es decir, que se puede llegar a ella por medio de diferentes vías. Las expresiones psicopatológicas tienen relación con la personalidad, por lo cual depende de la interacción entre factores genéticos y ambientales que se van dando a través de su desarrollo evolutivo. Determinando que la verdadera depresión tiene una conexión fenomenológica entre sus manifestaciones, el estilo de personalidad y el contexto sociocultural.

Teorías de la depresión. Rodríguez, Alvarado, Cuellar, Villavicencio y Gómez (2010) Sostienen que los pacientes con cáncer son más vulnerables a la depresión, ya que el organismo experimenta alteraciones metabólicas y endocrinas. Además, refieren que la exposición a distintos tratamientos tiende a convertirse en un factor debilitante para el paciente, modificando las respuestas inmunitarias y al dolor.

De acuerdo con Beck et al. (1979) su modelo cognitivo postularía tres conceptos básicos: la triada cognitiva que se refiere a patrones que inducen a percibirse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de forma negativa. Los esquemas que serían patrones cognitivos estables que transforma los datos en cogniciones, permitiéndole localizar, diferenciar y codificar un estímulo de acuerdo a matrices que han ido estructurando sus experiencias (falsas creencias) y por último los errores cognitivos, es decir, pensamientos que sostienen la creencia en la validez de sus conceptos.

El desarrollo de la depresión se basa en errores cognitivos como la inferencia arbitraria que corresponde a adelantar una conclusión sin las evidencias necesarias para ello, la generalización excesiva relacionada a procesar una conclusión en base a un hecho aislado, la abstracción selectiva que se relaciona a conceptualizar la experiencia solo con una segmento de información extraída fuera de contexto, maximización y minimización de un evento determinado, la personalización que es atribuirse hechos

externos a sí mismo y los pensamientos absolutistas a través de los cuales catalogan todas sus experiencias de acuerdo a dos categorías diferentes (Beck et al. 1979).

Ellis (1988) se refiere a la teoría racional emotiva conductual, desarrollando las creencias irracionales a través de las cuales existiría un acontecimiento activador (A), sistema de creencias (B) y la consecuencia (C), siendo las creencias racionales las que permiten mejorar la autoestima y la confianza en sí mismo para realizar sus actividades y las creencias irracionales o limitantes propias del ser humano, van creciendo a partir de convicciones impuestas por factores externos y van determinando la forma de actuar y responder frente a diversas situaciones.

Juárez, Almanza (2011) señalan que el abordaje psicoterapéutico sería una buena estrategia para disminuir el estrés psicosocial, además de contribuir a manejar la ansiedad, depresión, estrés postraumático, insomnio y síntomas secundarios de la quimioterapia.

Valle, Zúñiga, Tuzet, Martínez, De la Jara, Aliaga y Whittembury (2006) realizaron un estudio sobre la sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. Señalando que una forma de evaluar cómo ellas conllevan esta enfermedad es por medio de la calidad de vida y sus asociaciones con el tiempo desde el diagnóstico y el estado menopáusico. Se utilizó el inventario de depresión de Beck, la escala de calidad de vida de Mezzich y Cohen y un cuestionario demográfico. En la encuesta realizada a 24 pacientes se observa que el tiempo desde el diagnóstico y el estado menopáusico no tendrían una asociación significativa, siendo el grado de instrucción el único factor asociado significativamente con la calidad de vida.

Tipos de depresión. El Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – 5 (2013). Determina la existencia de diversos tipos de depresión, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el disfórico premenstrual, el depresivo inducido por sustancias, debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Cuya diferencia sería determinada por la duración y la presentación temporal.

Sintomatología. El Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2013) define los siguientes síntomas del Trastorno de Depresión mayor: estado de ánimo

deprimido, pérdida de interés en las actividades que realizaba, aumento o disminución de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, pérdida de energía, excesivos sentimiento de inutilidad o culpa, disminución de concentración y capacidad para tomar decisiones, recurrentes pensamientos de muerte, ideas suicidas e intentos de suicidios. Síntomas que se dan la mayor parte del día y casi todos los días.

Bandura (2005) señala que en las primeras fases de la depresión puede suceder que el paciente se aparte de las personas significativas, las cuales podrían responder con rechazos o críticas que pueden agravar su auto rechazo y autocrítica, llevándolo a un mayor aislamiento (Beck et al.1979).

Capítulo III: Marco Metodológico

Enfoque

El presente estudio de investigación tiene un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, ya que a través de la recolección y análisis de los datos obtenidos se logra identificar el grado de percepción de esquema corporal y depresión. Por otro lado, establecer si existe relación entre esquema corporal y depresión en mujeres con cáncer de mama, probando las hipótesis establecidas a través de análisis estadísticos que establecerían con exactitud los patrones de comportamiento de dicha población.

Diseño de Investigación

Se utilizará el diseño no experimental, ya que no se manipularán variables, sino que se observarán fenómenos tal como se dan en su contexto natural para luego ser analizados. De acuerdo al momento de recolección de los datos correspondería a un diseño transeccional, ya que busca describir relaciones entre las variables en un momento determinado.

Alcance de Investigación.

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) el alcance de la investigación será correlacional, ya que su propósito es medir el grado de relación o asociación existente entre el esquema corporal y la depresión en mujeres con cáncer de mama dentro de un contexto determinado. Buscando saber cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de la otra.

Hipótesis

Las hipótesis planteadas tienen relación con la información recabada en el marco teórico dado que este sugiere:

- Existe relación entre Esquema corporal y Depresión en mujeres con cáncer de mama.

Pintado y Chiba (2016) en su investigación en pacientes mexicanas con cáncer de mama, relacionada a las alteraciones de la autoestima, imagen corporal, síntomas de depresión y ansiedad. Determinaron que a mayor alteración de la imagen corporal presentarían mayores niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima, sugiriendo una mayor implementación de terapias psicológicas a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama orientadas a la conciencia corporal y a las cogniciones asociadas a ella.

Molano y Vélez (2017) realizaron un estudio relacionado con la percepción acerca del cáncer de mama. Determinando que el cáncer de mama es una enfermedad de alto riesgo social y económico que genera sentimientos de angustia y depresión, además inseguridades e insatisfacción con su cuerpo que las lleva a distanciarse interpersonalmente y de sus parejas. Deteriorándose su autoconfianza y autoestima que inciden directamente en su calidad de vida.

- No existe relación entre Esquema corporal y depresión en mujeres con cáncer de mama.

Montoya (2015) realiza un estudio para determinar la influencia de las creencias irracionales en los niveles de autoestima de las pacientes con cáncer de mama, concluyendo que efectivamente influyen su autoestima, pero que estas creencias no se instauran tras el diagnóstico, sino que están preestablecidas en base al desarrollo y circunstancias personales, como el estilo de crianza, relaciones primarias, nivel social, económico y educativo, ya que a través de estos se evidencia la imagen de sí mismo hacia el entorno repercutiendo en el auto concepto, la autoestima y estado de ánimo.

Definición Conceptual de Variables

Esquema Corporal. (Variable dependiente ordinal) Se considera la representación consciente, pre consciente e inconsciente del propio cuerpo y tiene relación directa con la integridad de este o afecciones de tipo orgánicas. (Dolto, 1984).

Depresión. (Variable dependiente ordinal) De acuerdo con Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) su modelo cognitivo postularía tres conceptos básicos: la triada cognitiva que se refiere a patrones que inducen a percibirse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de forma negativa. Los esquemas que serían patrones cognitivos estables que transforma los datos en cogniciones, permitiéndole localizar, diferenciar y codificar un estímulo de acuerdo a matrices que han ido estructurando sus experiencias (falsas creencias) y por último los errores cognitivos, es decir, pensamientos que sostienen la creencia en la validez de sus conceptos.

Edad. (Variable independiente continua) Grupo etario de pacientes con cáncer de mama entre 35 y 75 años.

Año de Mastectomía. (Variable independiente nominal) Año en que fue realizada la cirugía

Definición Operacional de Variables

Esquema corporal. Se medirá y verificará a través de la Escala de imagen corporal BIS (Body Image Scale).

0 a 15 puntos: imagen corporal adecuada.

16 a 30 puntos: imagen corporal inadecuada.

Depresión. Será medida a través del Cuestionario de depresión de Beck. Tiene cuatro opciones de respuesta presentadas en escala Likert valoradas desde 0 a 3.

Se mantendrán los intervalos correspondientes a 0-13: depresión mínima; 14-19: depresión leve; 20-28: depresión moderada y 29-63: depresión severa.

Edad. Pacientes mastectomizadas en rango etarios de 35-48 años, 49-62 y 63-75 años.

Año de Mastectomía. Año en el que se realizó la cirugía.

Selección de la Muestra

La muestra estuvo compuesta por 30 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama mastectomizadas, cuyo rango etario será entre 35 a 75 años de edad y que se presentaron a controles médicos en los últimos dos años en la Unidad de Patología Mamaria de un Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Alta complejidad (CDT) en Santiago de Chile.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mujeres con Cáncer de Mama.	Mujeres sin cáncer de mama.
Mujeres con cáncer de mama mastectomizadas.	Mujeres mastectomizadas, con otras patologías.
Mujeres con edades entre 35 a 75 años.	Mujeres menores de 35 años y mayores de 75 años.
Pacientes que se hayan presentado a controles médicos en los últimos dos años en el CDT en Santiago de Chile.	Pacientes que no se hayan presentado a controles médicos en los últimos dos años en el CDT en Santiago de Chile.
Pacientes que acepten participar por medio de un consentimiento informado elaborado exclusivamente para esta investigación.	Pacientes que no acepten participar.

El tipo de muestreo es no probabilístico, debido a que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de los investigadores, dependiendo del proceso y de la toma de decisiones de los mismos. Esto

correspondería a una muestra por conveniencia debido a la disponibilidad y factibilidad de acceso a mujeres pertenecientes al centro asistencial a intervenir.

Instrumentos de Medición

Los instrumentos para la investigación son dos la Escala de Imagen Corporal (Bis) y el de Depresión de Beck, los cuales contienen preguntas que permiten obtener datos, considerando el punto de vista del entrevistado. Ambos instrumentos utilizados cuentan con los requisitos de confiabilidad y validez en Chile.

Esquema Corporal. Como instrumento para medir percepción de esquema corporal se utilizó la Escala de imagen corporal BIS (Body Image Scale), Penélope Hopwood (1993) (ver en anexo 3). Basándonos en la teoría de Dolto, este instrumento más que medir imagen corporal evalúa esquema corporal, ya que consiste en preguntar cómo se siente acerca de su apariencia, y de cualquier cambio que pueda ser afectado en el resultado de su enfermedad o tratamiento.

La escala está constituida por 12 ítems que comprenden el área afectiva (feminidad y atractivo), comportamental (dificultad para mirar la cicatriz, evitar a gente por el aspecto), y cognitiva (satisfacción con la apariencia y la cicatriz) de la imagen corporal, consta de 4 alternativas por pregunta. Siguiendo con la escala, se calificó como:

Nada: 0 puntos; Poco: 1 punto; Bastante: 2 puntos; Muchísimo: 3 puntos.

La puntuación de la Escala se estructuró en:

0 a 15 puntos: Imagen corporal adecuada.

16 a 30 puntos: Imagen corporal inadecuada.

Depresión. Como instrumento de medición de la depresión Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) mencionan el inventario de depresión de Beck (ver anexo 4) utilizado para medir la severidad de la depresión en personas mayores de 13 años de edad. Es un cuestionario de 21 ítems realizado en hojas de papel y que debe ser contestado a mano, señalando con un círculo el número que está en el costado izquierdo la afirmación que mejor describe sus sentimientos de la última semana, incluyendo el día de realización (Beck et al., 2010).

Tiene cuatro opciones de respuesta presentadas en escala Likert valoradas desde 0 a 3. Se mantendrán los intervalos correspondientes a:

0-13 puntos: Depresión mínima

14-19 puntos: Depresión leve

20-28 puntos: Depresión moderada

29-63 puntos: Depresión severa

Plan de Análisis de Datos

Los datos serán agrupados en Microsoft Excel y analizados estadísticamente en el programa computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), donde se separarán por tipo de dato, percepción de esquema corporal, grado depresión, edad y año de la mastectomía.

Para medir la variable esquema corporal se procederá al análisis de la escala de imagen corporal (BIS), grado de depresión a través del inventario de depresión de Beck (BDI – II). Para cuantificar la posible relación entre las variables percepción de esquema corporal y grado de depresión en pacientes con cáncer de mama se utilizará la prueba de coeficiente de correlación de Pearson, medidas en un nivel por intervalos o de razón (r). Del mismo modo se analizará la relación entre las variables edad y Percepción de esquema corporal; edad y depresión; Año de mastectomía y Percepción de esquema corporal; Año de mastectomía y depresión.

Sebastián et al., (2007) señalan la validez conceptual de la escala de imagen corporal BIS a través de un análisis factorial de un factor (método de componentes principales, rotación varimax). En la cual a cada ítem que compone la escala, se le asigna un peso a cada uno en el factor, cuyo porcentaje de la varianza explicada por estos 12 ítems fue de 44,7% y su fiabilidad, a través del índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) que corresponde a 0,880.

Sanz y Vázquez (1998) realizan una investigación en la cual analizan las propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck para identificar sujetos depresivos subclínicos en estudios de psicopatología experimental, cuyos datos han sido obtenidos de una muestra de 1393 estudiantes universitarios. En cuanto a su fiabilidad fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach =0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test – retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total).

Procedimientos y Secuencia Metodológica

Al comenzar el proyecto de investigación se planteó determinar la relación entre autoestima y depresión en mujeres con cáncer de mama, pero al revisar la literatura se observaron varios estudios relacionados con esta temática, por lo cual se evaluó el cambio de variable a imagen corporal y depresión. Sin embargo, al interiorizar en el concepto de imagen corporal nos encontramos con la teoría de Françoise Dolto, cuya distinción entre esquema e imagen corporal nos pareció interesante de abordar.

Se elaboró una carta Gantt para programar y planificar las acciones que se realizaron en cada etapa del proyecto de investigación y se solicitó una carta de presentación al director de carrera de la universidad (ver anexo 1) para poder obtener las autorizaciones del comité de ética en el centro de salud en el cual se llevó a cabo la investigación.

Posteriormente se estableció como objetivo general de la investigación la relación entre esquema corporal y depresión en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, entre 35 a 75 años que han asistido en los dos últimos años a control médico en la Unidad de Patología Mamaria de un Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Alta complejidad en Santiago de Chile.

Además, se definió la pregunta de investigación, la justificación y el propósito de la investigación. Luego con la revisión de la literatura se construyó el marco teórico y posteriormente el marco metodológico.

Los datos fueron agrupados en Microsoft Excel y analizados estadísticamente en el programa computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

La investigación se realizó con instrumentos validados y cumpliendo con los principios éticos de la Declaración de Singapur (2010).

Posteriormente se procede a la aplicación de los instrumentos, la codificación y el análisis de los resultados.

Cabe señalar, que también se trabajó en el diseño de un guion temático para la entrevista previa a la realización de un test proyectivo para evaluar imagen corporal y se presentó a los jueces expertos para su validación.

Se realiza la discusión y conclusión en base a los resultados obtenidos, los cuales se presentaron para una última revisión al profesor guía, modificando y preparando para entrega final.

CARTA GANTT



PROYECTO: Relación entre Esquema Corporal y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama

DISEÑADORES: Carolina Mella - Claudia Silva

FECHA DE INICIO: 05-Septiembre-2018

FECHA DE TERMINO: 02-Septiembre-2017

N.	MESES-SEMANAS ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
1	Generar la idea a estudiar																																							
2	Elaboración de carta gantt																																							
3	Solicitar carta de presentación (UPM)																																							
4	Establecer objetivos de investigación																																							
5	Desarrollar preguntas de Investigación																																							
6	Justificar la investigación y su viabilidad																																							
7	Revisión de literatura																																							
8	Construcción del marco teórico																																							
9	Definir alcance de la investigación																																							
10	Elaboración de Hipotesis																																							
11	Definición de variables																																							
12	Desarrollo del diseño de la Investigación																																							
13	Definición y selección de la muestra																																							
14	Selección instrumentos de recolección																																							
15	Decidir el programa de datos que se utilizará																																							
16	Comité de Ética																																							
17	Aplicar los instrumentos																																							
18	Codificar datos																																							
19	Archivar datos																																							
20	Explorar los datos obtenidos en la recolección																																							
21	Diseñar guión temático para entrevista																																							
22	Presentar entrevista a jueces expertos para validación																																							
23	Analizar e interpretar resultados																																							
24	Realizar discusión en base a resultados																																							
25	Conclusión																																							
26	Ultima supervisión de Tesis																																							
27	Entrega de Tesis																																							



Aspectos Éticos

Para que una investigación sea ética, debe estar orientada hacia la protección y respeto por las personas que participan mientras éstas contribuyen al bien social.

Como la investigación se realizará en una institución pública, se cuentan con la autorización de la autoridad correspondiente y comité de ética, informando a ésta los objetivos, sentido y alcances del estudio. Por otro lado, cabe señalar que una de las investigadoras es miembro de la organización por lo tanto la otra realizará los cuestionarios y entrevistas pertinentes y en el caso que se requiera de ayudantes, se mantendrá la responsabilidad de esta, supervisando a aquellos colaboradores. (Colegio de psicólogos, 2008).

La investigación cuenta con instrumentos validados, además de un consentimiento informado donde se explica que no es un procedimiento invasivo para la paciente, respetando en todo momento su confidencialidad.

Consentimiento informado. (Ver anexo 2) Este documento asegura que las participantes de la investigación estén conscientes de las condiciones en que participan, lo cual les permite una decisión autónoma y el consiguiente respeto por la persona. En toda investigación que se realiza con seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado del potencial probando o en el caso de una persona incapaz de dar su consentimiento, la autorización de un representante legalmente calificado. Con este documento garantizamos que la participante ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, alternativas sus derechos y responsabilidades. (Gaudlitz, 2008)

Respecto a los sujetos inscritos debe ser resguardado mientras dure la investigación. En este caso las participantes tienen derecho a cambiar de opción y retirarse de la investigación cuando ellas estimen pertinente, esto permite mantener su privacidad.

Los principios éticos de la Declaración de Singapur (2010), señalan que independientemente de las diferencias existentes entre los países en la manera de llevar una investigación, existen principios y responsabilidades profesionales de gran importancia para la integridad de la investigación. Por lo cual realiza una guía que considera los siguientes aspectos:

Principios. Honestidad en todos los aspectos de la investigación.

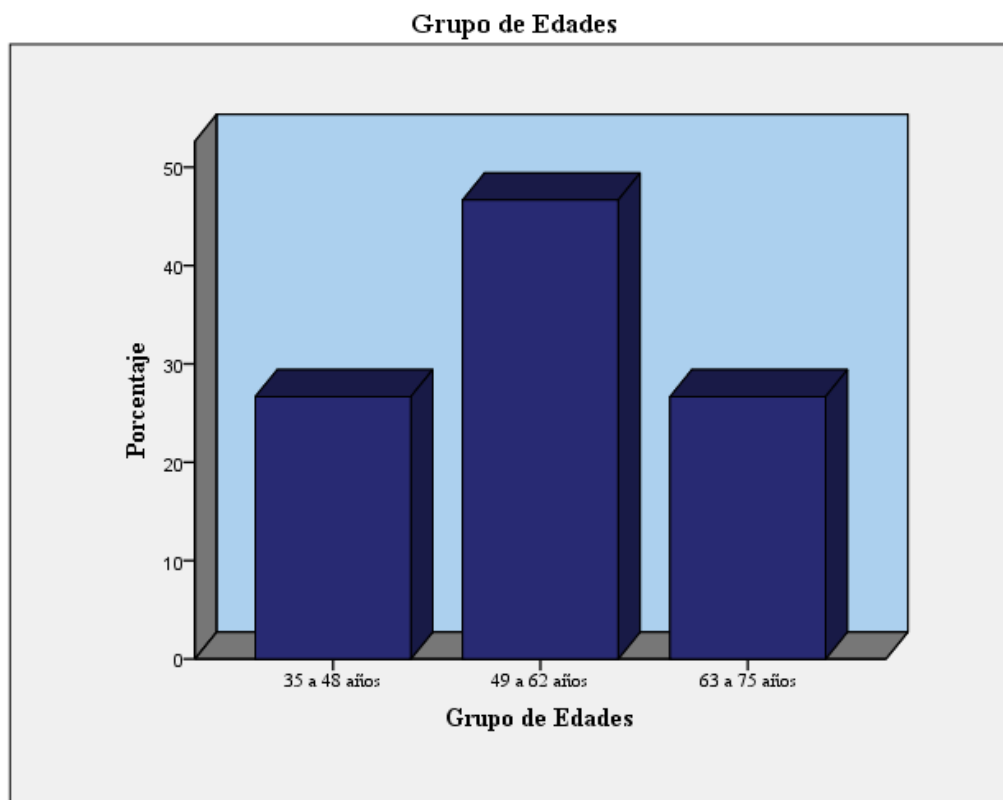
Responsabilidad en la ejecución de la investigación; Cortesía profesional e imparcialidad en las relaciones laborales; Buena gestión de la investigación en nombre de otros. Por lo cual los investigadores han considerado la integridad de la información, el cumplimiento de las normas establecidas, la utilización de métodos adecuados, respaldar toda la documentación utilizada, asumir responsabilidad frente a publicaciones, respetar la confiabilidad, realizar una distinción entre comentarios profesionales y opiniones personales, no realizar prácticas irresponsables y compartir los resultados de esta investigación.

Capítulo IV: Presentación y análisis de los Resultados

En la investigación se utilizó como instrumentos la Escala de Imagen Corporal BIS y el Inventario de Depresión de Beck, cuya muestra fue de 30 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y mastectomizadas. Para la tabulación de los instrumentos se utilizó el software IBM SPSS Statistics, el cual nos arrojó los resultados que se evidencian a continuación.

Gráfico N°1

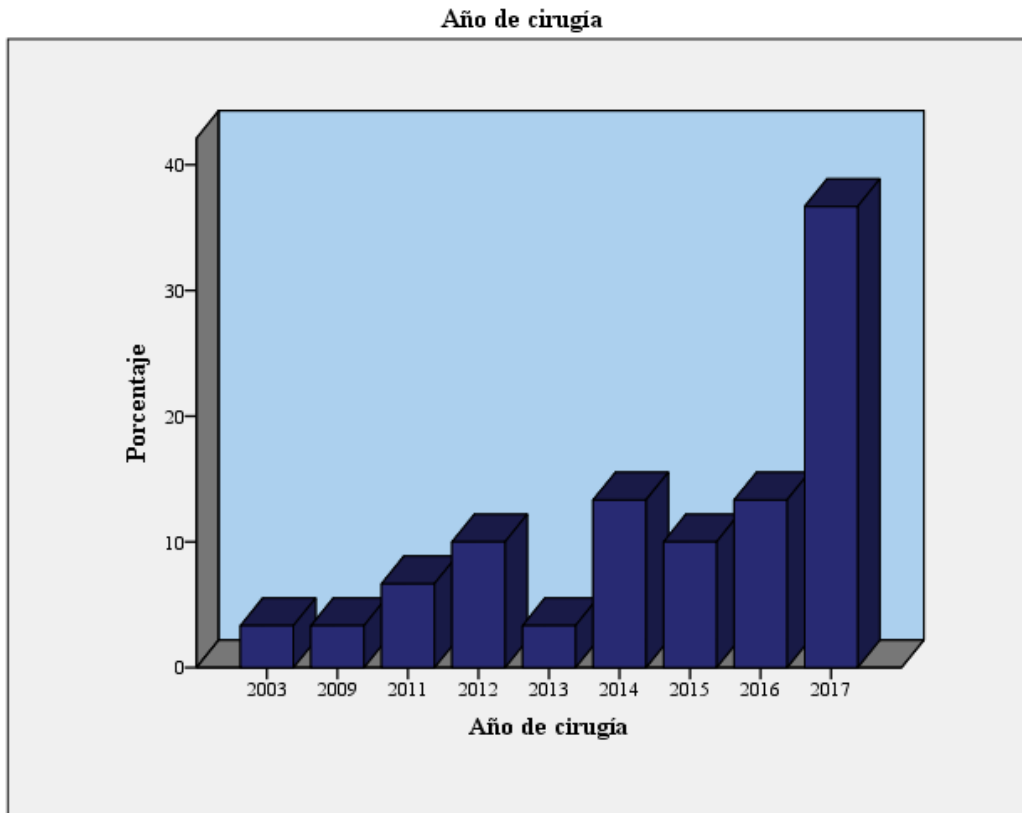
Distribución porcentual de la población en estudio según la edad de la muestra seleccionada.



En el Gráfico N°1 se puede observar que un 45,2% posee entre 49 a 62 años, 25,8% tienen entre 35 a 48 años y un 25,8% tiene entre 63 a 75 años. Por lo cual se puede concluir que la mayoría se concentra en la edad de 49 a 62 años.

Gráfico N°2

Distribución porcentual de la población en estudio según año de cirugía (mastectomía) de la muestra seleccionada.

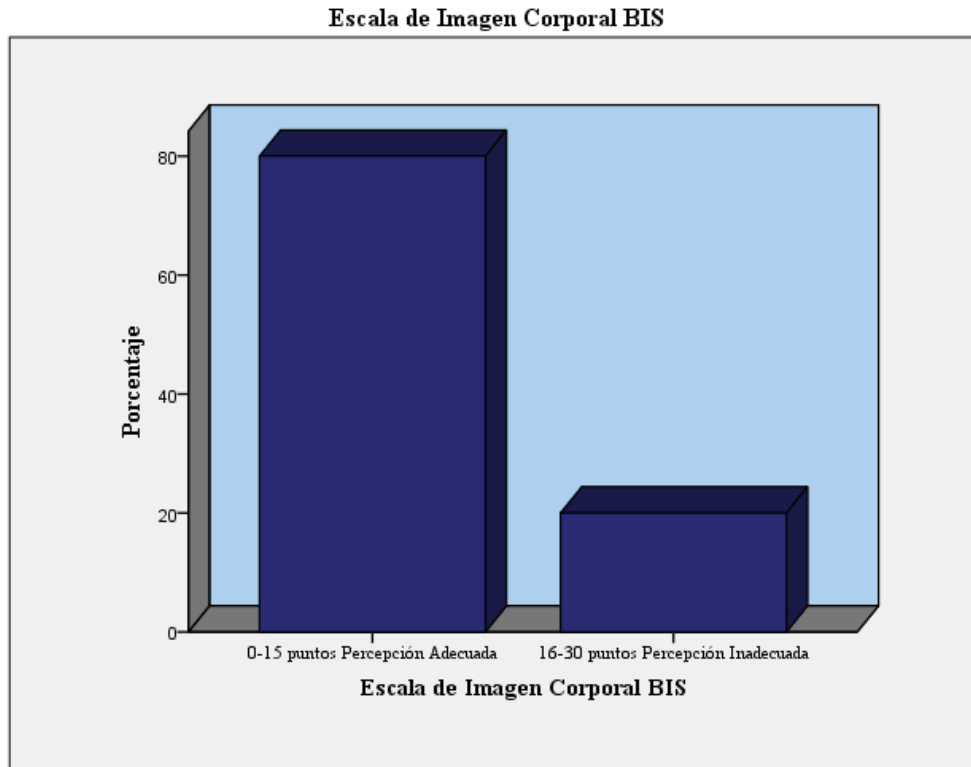


En el Gráfico N°2 se puede observar que el mayor porcentaje es de un 35,5% que corresponde a pacientes mastectomizadas durante el año 2017, el 12,9% durante el año 2014 y el 12,9% en el año 2016.

La Percepción de imagen corporal, se analizó a través del instrumento Escala de Imagen Corporal BIS, el cual arrojó los siguientes resultados:

Gráfico N°3

Distribución porcentual de la población en estudio según Escala de imagen corporal BIS.

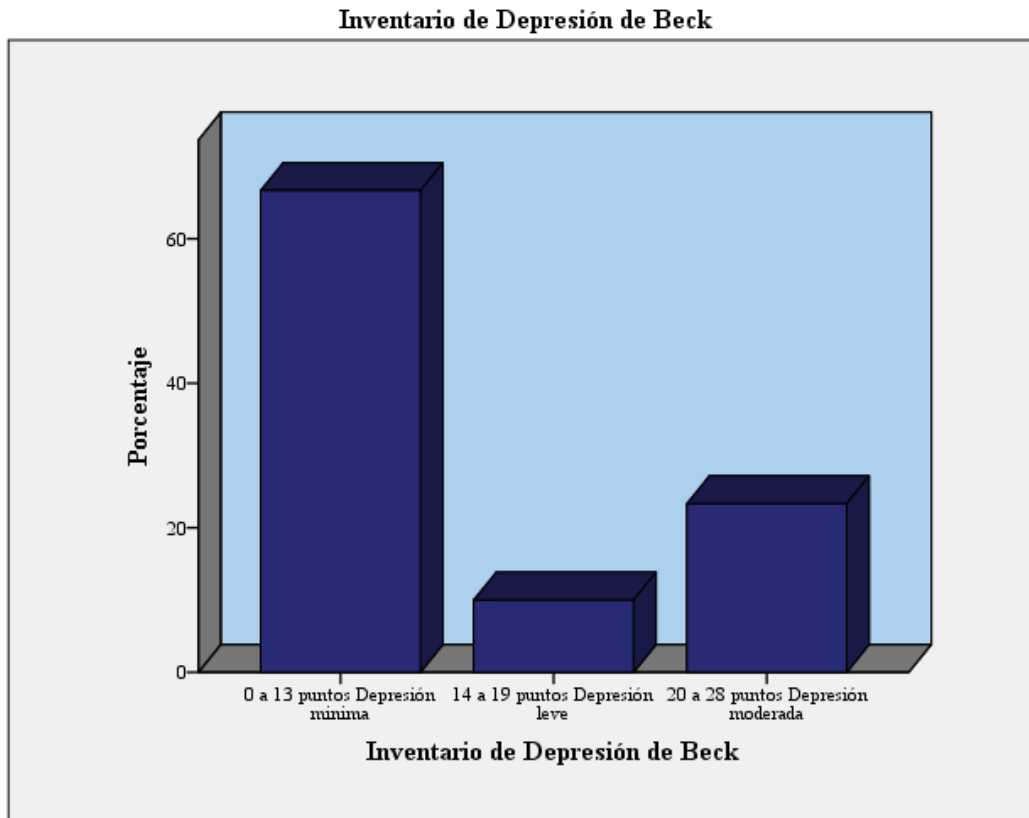


El Gráfico N°3 indica que un 77,4% de la muestra posee una percepción adecuada de su imagen corporal y sólo un 19,4% posee una percepción inadecuada de esta.

El grado de depresión se analizó a través del inventario de depresión de Beck, el cual arrojó los siguientes resultados:

Gráfico N°4

Distribución porcentual de la población en estudio de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck.



El Gráfico N°4 indica que un 64,5% de la muestra posee depresión mínima, un 22,6% depresión moderada y un 9,7% depresión leve. Cabe señalar que en el resultado de este inventario no se observan pacientes con depresión severa.

Tabla N°1

Correlación entre las variables edad y esquema corporal.

Correlaciones

		Grupo de Edades	BIS
Grupo de Edades	Correlación de Pearson	1	,114
	Sig. (bilateral)		,548
	N	30	30
BIS	Correlación de Pearson	,114	1
	Sig. (bilateral)	,548	
	N	30	30

La tabla N°1 indica que al comparar la variable edad y esquema corporal no existe relación significativa.

Tabla N°2

Correlación entre las variables edad y depresión.

Correlaciones

		Grupo de Edades	BECK
Grupo de Edades	Correlación de Pearson	1	-,054
	Sig. (bilateral)		,777
	N	30	30
BECK	Correlación de Pearson	-,054	1
	Sig. (bilateral)	,777	
	N	30	30

La tabla N°2 indica que al realizar la comparación entre la variable edad y depresión, existe una relación significativa. Respecto al grupo de edad que presenta mayor significatividad con la variable depresión se define en la tabla N°3.

Tabla N°3

Correlación entre las variables edad (35-48 años) y depresión

Correlaciones

		Grupo 35-48 años	Beck
Grupo 35-48 años	Correlación de Pearson	1	-,067
	Sig. (bilateral)		,875
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	120,000	-2,000
	Covarianza	17,143	-,286
	N	8	8
Beck	Correlación de Pearson	-,067	1
	Sig. (bilateral)	,875	
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	-2,000	7,500
	Covarianza	-,286	1,071
	N	8	8

La tabla N°3 muestra una relación significativa entre la variable edad (35-48) y depresión. A diferencia con los otros rangos de edad, en los cuales arrojó una tendencia inversa no significativa por lo cual se deduce que a mayor edad menor posibilidad de presentar sintomatología depresiva.

Tabla N°4

Correlación entre las variables año de cirugía y esquema corporal.

Correlaciones

		Año de Cirugía	BIS
Año de Cirugía	Correlación de Pearson	1	-,485**
	Sig. (bilateral)		,007
	N	30	30
BIS	Correlación de Pearson	-,485**	1
	Sig. (bilateral)	,007	
	N	30	30

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla N°4 indica que al comparar la variable año de cirugía y esquema corporal se observa una tendencia inversa, es decir que mientras más reciente fue la cirugía, menor conciencia tienen de

su esquema corporal, ya que se observa que, a menor año de la cirugía, mayor es el grado de depresión. Pero esta tendencia no sería significativa.

Tabla N°5

Correlación entre las variables año de cirugía y depresión.

Correlaciones

		BECK	Año de Cirugía
BECK	Correlación de Pearson	1	-,070
	Sig. (bilateral)		,713
	N	30	30
Año de Cirugía	Correlación de Pearson	-,070	1
	Sig. (bilateral)	,713	
	N	30	30

En la tabla N°5 se observa una relación significativa entre las variables año de cirugía y depresión. Mientras más reciente la intervención quirúrgica mayor es el grado de depresión.

Tabla N°6

Correlación entre las variables esquema corporal y depresión.

Correlaciones

		BECK	BIS
BECK	Correlación de Pearson	1	,454*
	Sig. (bilateral)		,012
	N	30	30
BIS	Correlación de Pearson	,454*	1
	Sig. (bilateral)	,012	
	N	30	30

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La tabla N°6 indica que al comparar la variable esquema corporal y depresión existe una relación significativa.

Se comprueba la hipótesis de que la percepción de esquema corporal tiene una relación con el grado de depresión, sin embargo, los resultados arrojaron que la mayoría de las pacientes presentaban una percepción de esquema corporal adecuada y depresión mínima. Lo que requiere un análisis exhaustivo.

Se analizaron los resultados obtenidos mediante la distribución de datos obtenidos de ambas variables en relación a la curva de gauss.

Tabla N° 7

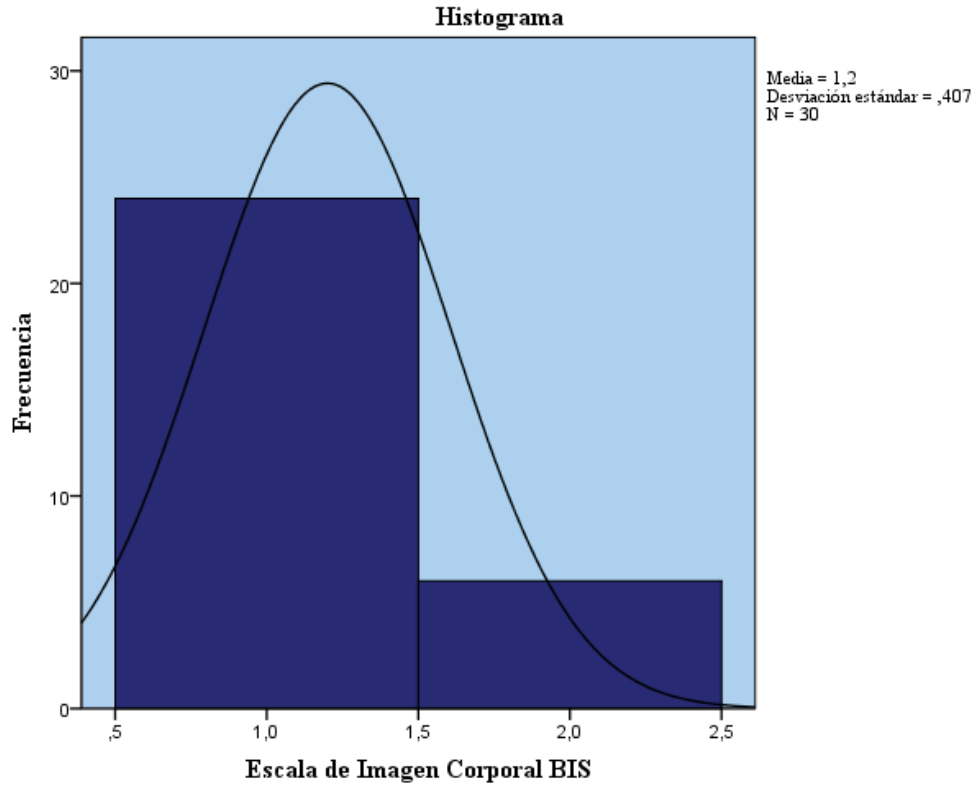
Frecuencia en los resultados obtenidos en la Escala de Imagen Corporal BIS

BIS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0-15 puntos Percepción Adecuada	24	77,4	80,0	80,0
	16-30 puntos Percepción Inadecuada	6	19,4	20,0	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,2		
Total		31	100,0		

Grafico N°5

Distribución de la muestra esquema corporal.



En el Gráfico N° 5 se observa que la distribución de la muestra es asimétrica positiva donde la mayoría se ubica hacia el extremo de adecuación y los valores extremos se dan en muy pocos casos.

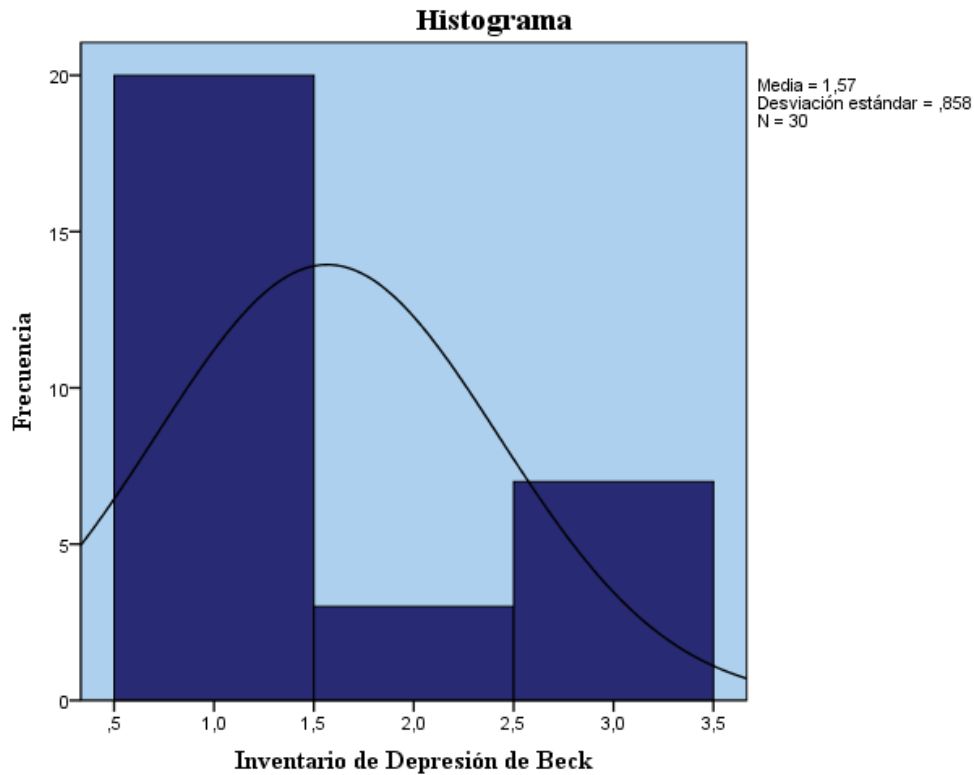
Tabla N° 8

Frecuencia en los resultados obtenidos en el Inventario de depresión de Beck.

		BECK			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 a 13 puntos Depresión mínima	20	64,5	66,7	66,7
	14 a 19 puntos Depresión leve	3	9,7	10,0	76,7
	20 a 28 puntos Depresión moderada	7	22,6	23,3	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,2		
Total		31	100,0		

Grafico N°6

Distribución de la muestra de depresión.



En el Gráfico N° 6 se observa que la distribución de la muestra es asimétrica positiva donde el mayor porcentaje se acumula hacia la derecha (moda), por lo tanto, la mayoría se ubica hacia el extremo de depresión mínima y los valores extremos se dan en muy pocos casos. Cabe señalar que según al autor del inventario de depresión de Beck se enfocó en identificar sujetos depresivos subclínicos en estudios de psicopatología experimental, es decir pacientes sin sintomatología, categorizando la depresión mínima como no sintomática.

Según los resultados obtenidos en los gráficos N° 5 y 6 de distribución de las variables esquema corporal y depresión respectivamente, se encuentran hacia el extremo de adecuación en el caso de la percepción de esquema corporal y depresión mínima para el grado de depresión.

Por lo tanto, en una condición distinta de tiempo para el análisis exhaustivo de los resultados se debiese evaluar de forma más subjetiva a todas las mujeres de este estudio N: 30, considerando la variable imagen corporal.

Capítulo V: Discusión de Resultados

Nuestro estudio de investigación, se centró en el esquema corporal y depresión en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas entre 35 a 75 años.

El principal interés de este estudio fue comprobar que el cáncer de mama y la mastectomía influían en la percepción de esquema corporal y depresión, sin embargo, los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos arrojaron como resultado general que un 77,4% (ver gráfico N°3), de las 30 mujeres a las cuales se les aplicó el instrumento, presentaron una percepción adecuada de su esquema corporal.

El segundo instrumento, inventario de depresión de Beck, arrojó como resultado que un 64,5% (ver gráfico N°4) de nuestras 30 pacientes, presentaban depresión mínima.

Los resultados obtenidos en esta investigación mostraron una tendencia inversa, no significativa donde el año de cirugía pudiese influir en la percepción de esquema corporal, es decir mientras más reciente fue la cirugía el esquema corporal se encontró menos claro o consciente. Mientras más tardía podría tener mayor grado de conciencia de su esquema corporal.

Por otro lado, mostró una relación significativa entre año de cirugía y depresión, es decir que mientras más reciente haya sido la intervención quirúrgica mayor es el grado de depresión. Respecto a la edad y depresión, se observó una relación significativa entre el rango de edad 35 a 48 años. A diferencia con los otros rangos de edad, en los cuales arrojó una tendencia inversa no significativa por lo cual se dedujo que a mayor edad menor es la probabilidad de presentar sintomatología depresiva.

Finalmente, al realizar la comparación entre las variables esquema corporal y depresión los resultados concordaron con la mayoría de lo afirmado en la literatura, ya que señalan la influencia negativamente de la mastectomía en la percepción del esquema corporal. Sin embargo, en este estudio los resultados mostraron que un gran porcentaje de pacientes presentaron un esquema corporal adecuado, pero de acuerdo Françoise Dolto y su teoría más psicoanalítica, estaría evaluando aspectos más conscientes asociados al esquema corporal, por lo tanto para poder profundizar en aspectos más inconscientes, se estimó necesario analizar la imagen corporal por medio de una entrevista y un test proyectivo, los cuales no se logran concretar por falta de validación del instrumento.

Capítulo VI: Conclusiones

A modo de conclusión, como se expuso en la literatura, el cáncer de mama es un problema de gran magnitud en nuestro país, por lo cual es importante la prevención e información para poder reducir la mortalidad por este tipo de cáncer y un adecuado acompañamiento psicológico durante este proceso.

En este trabajo se describió el esquema corporal como la representación consciente, pre consciente e inconsciente del propio cuerpo y tiene relación directa con la integridad de este o afecciones de tipo orgánicas, a diferencia de la imagen corporal que es propia de cada sujeto y sus experiencias en relación con otros (Dolto, 1984). Por lo cual la Escala de Imagen Corporal BIS, se consideró una medición más orientada al esquema corporal, por las preguntas relacionadas directamente al cuerpo y no un instrumento para conocer aspectos más inconscientes y subjetivos de cada una de ellas. Incluso en el análisis se observó que dos pacientes no seguían la tendencia global, ya que sus resultados arrojaron depresión mínima y esquema corporal inadecuado y depresión moderada con esquema adecuado, pero requerían de otro tipo de metodología para su evaluación.

El aspecto físico juega un papel fundamental en las relaciones interpersonales y por lo tanto en la formación y en el desarrollo de la percepción del esquema corporal.

La depresión desde la teoría de Beck es asociada a patrones que inducen a percibirse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de forma negativa con esquemas, como patrones estables que transforman los datos en cogniciones, permitiéndole localizar, diferenciar y codificar un estímulo de acuerdo a matrices que han ido estructurando sus experiencias y con pensamientos que sostienen la creencia en la validez de sus conceptos.

Al realizar la categorización de las mujeres de acuerdo a sus niveles de depresión, se determinó que la mayoría presentaba depresión mínima, lo cual fue un hallazgo, ya que la literatura se refería al cáncer de mama como una enfermedad altamente invasiva que generaba un nivel de depresión importante en las pacientes afectadas. Esto podría tener que ver con el momento en que se realizaron la cirugía, el tiempo posterior a esta, sus redes de apoyo, el tener o no parejas desde el punto de vista de la sensualidad y sexualidad, etc.

En la relación entre esquema corporal y depresión en mujeres con cáncer de mama, se concluyó que existe una correlación significativa, ya que efectivamente a mayor alteración del esquema corporal presentarían un mayor nivel de depresión. Además de ser una enfermedad de alto riesgo social y económico que genera sentimientos de angustia y depresión.

El hecho de tener un esquema corporal adecuado depende en gran medida de la persona, pero también se ve influenciada por su entorno y cuando esta percepción es inadecuada suele tener influencia sobre la depresión.

Limitaciones de la Investigación

Podríamos señalar como limitación el no haber podido concretar un estudio mixto, donde en una segunda fase se consideraba un análisis más descriptivo, motivadas por la literatura que incitaba a profundizar en aspectos más subjetivos de cada paciente.

Se diseñó un cuestionario con la asesoría de profesor guía para realizarlo previo a un test proyectivo que transformara esta investigación, pero no se concreta por falta de validación por parte de jueces expertos.

Se sugiere para posteriores estudios investigaciones que consideren relacionar esquema e imagen corporal o depresión e imagen corporal, pudiendo tomarse del mismo autor de referencia.

Referencias Bibliográficas

American Cancer Society (2016). *Breast Cancer Treatment and Support*. Recuperado de <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/>

Antón, Calderero, Puértolas. (s.f). *Influencia Del Control Del Dolor Y Otros Síntomas En El Duelo*. Recuperado en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo07.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5 Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Baile, J.P. (2009). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuaderno del marqués de San Adrián: Revista de Humanidades*, (2), 53 – 70.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Editorial Desclée de Brower S.A. (19º Ed.).

Botto, A., Acuña, J. y Jiménez, J.P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev. Méd. Chile* 142 (10), 1297-1305. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010

Breastcancer. Org. (2012). *Reacciones de la piel a la radiación*. Recuperado de [dhttp://www.breastcancer.org/es/tratamiento/radiacion/piel/reacciones](http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/radiacion/piel/reacciones)

Breastcancer.org. (2016). *Terapia de Radiación*. Recuperado de http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/radiacion?gclid=Cj0KEQIA39_BBRD0w-rmOrc_8BEiQA-ETxXSUuxazEnhW5jAT3gQWnWHYUNqmfzWMGgUf70_MybJEaAva48P8HAQ

Camps, C., Sánchez, T. (2007). *Duelo en oncología*. Madrid: Sociedad española de oncología médica.

Colegio de psicólogos. (2008). *Código de ética profesional* (2ª Ed.). Recuperado de <http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2014/10/CODIGO-DE-ETICA-PROFESIONAL-VIGENTE.pdf>

Chabner, B., Lynch, T. y Longo, D. (2009). *Harrison manual de oncología*. Recuperado de <https://oncousd.files.wordpress.com/2015/01/manual-oncologia-harrison.pdf>

Chávez, M., y Juárez, A. (2016). Reacciones psicológicas en mujeres diagnosticadas con cáncer mamario. *Revista Publicando* 3 (9) 173 – 195. Recuperado de http://www.rmlconsultores.com/revista/index.php/crv/article/viewFile/170/pdf_210

Singapur (2010). Declaración de Singapur. Recuperado de <file:///C:/Users/Jeannethe%20H/Downloads/DECLARACI%C3%93N-SINGAPUR.pdf>

Díaz, V. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7 (14), 155 - 160. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80113673012.pdf>

Dolto, F. (1984). *La Imagen Inconsciente del Cuerpo*. (1th ed., pp. 9–42). Barcelona: Editorial Paidós.

Ellis, A. (1988). *Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona: Editorial Paidós

Fernández, A.I (2004). Alteraciones Psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (2), 169 – 180.

García, J.M., y Domínguez, M. L. (2011). El problema de la “imagen corporal” y de la “femeneidad” en las mastectomizadas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 8 (1), 1-14.

Gaudlitz, M. (2008). Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. *Rev. Chil Enf Respir*, 24, 138-142. Recuperado de <http://ceish.med.uchile.cl/publicaciones/Gaudlitz,RChER.pdf>

Global Burden of Cancer Study (2012). *Breast Cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Recuperado de http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M., (2014). Metodología de la Investigación. Mc Graw-Hill /Interamericana editores S.A. de C.V. Recuperado de http://www.academia.edu/15265809/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_-_Sexta_Edici%C3%B3n

Juárez, I., Almanza, J. (2011). Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama. *Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría* 44(4), 133 -141. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp114e.pdf>

Martín Corral M. J., Matellanes Febrero M^a. B., Pérez Izquierdo J. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre medicina*, 18 (2), 108-113. Recuperado de <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol18-n2-art6-impacto-psicologico.pdf>

Martínez, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Revista de sociología*, 73, 127-152. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1075020>

Melet, A. (2005). Después de la Mastectomía: La Calidad de vida. *Revista Venezolana de Oncología*, 17 (2), 115-119. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3756/375635098010.pdf>

Ministerio de salud (2015). *Guía clínica cáncer de mama*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/0712015-GPC-CaMama-Final-Ly-P-Publicaci%C3%B3n.pdf>

Molano, N., Vélez, P. (2017). Percepción acerca del cáncer de mama en un grupo de mujeres de un hospital en Popayán, Colombia. *Dialnet* (13), 1- 11. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5758672>

Montiel, V., Guerra, V. (2016). La psi coeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública* 42 (2), 1-2. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662016000200016&script=sci_arttext&tlng=pt

Montoya, A., (2015). *Creencias irracionales y su relación con la autoestima en pacientes con diagnóstico de cáncer mamario*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato. Recuperado de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1255/1/75838.pdf>

Noguera, C., Román, M., Varona, A., Ameiller, D. y Ocaña, J. (2016). Mortalidad por cáncer de mama. Policlínico 13 de marzo. 2014 – 2015. *Multimed* 6 (20). Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/416/657>

Lapeira, P., Acosta, D., Vásquez, M., (2016). Significado a los senos y su influencia en el autocuidado en jóvenes universitarias. *Medicina U.P.B.*, 35(1), 9-19. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/6912/6316>

Lluch, Almonacid, Garcés. (s.f). *Cáncer e imagen: el duelo corporal*. Recuperado de: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo15.pdf>

OMS. (2013). *La depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Ochoa, C., Casellas – Grau, A. (2017). El cambio vital positivo tras un cáncer: ingredientes claves para facilitarlos y efectos sobre el bienestar. *Papeles del psicólogo* (38) 1 -11 Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2815.pdf>

Ortiz, E., Méndez, L., Camargo, J., Chavarro, S., Toro, G., y Vernaza, M. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 77-83.

Polaino, A. (2000). Una introducción a la psicopatología de la autoestima. *Revista Complutense de Educa.* 11(1), 105-136. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED0000120105A/17075>

Pintado, S y Chiba, M (Julio - Agosto 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. *Salud pública de México*, 58(4). Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000400400

Querol, S. y Chávez, M. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia*. Recuperado de <https://mmhaler.files.wordpress.com/2013/04/la-persona-bajo-la-lluvia-test.pdf>

Rincón, M., Pérez, M., Borda, M. y Martín, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Univ. Psychol.* 11 (1), 1-36. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a03.pdf>

Rodríguez, A., Alvarado, S., Cuellar, M., Villavicencio, V. y Gómez, F. (2010). *Nivel de ansiedad y depresión en pacientes amputados por sarcomas: estudio piloto*. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2010/vol9/no1/2.pdf>

Sánchez, R. y Dos Santos, M. (2007). Breast cancer, poverty and mental health emotional response to the disease in women from popular classes. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15. 786-791. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700012&lng=en&nrm=iso&tlng=en

San Martín, J. y Barra, E., (2013). Autoestima, Apoyo social y Satisfacción vital en Adolescentes. *Terapia psicológica*, 31(3), 287-291. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000300003

Sanz y Vásquez (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothem*. 10 (2), 303- 318. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72710207/>

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. y 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). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002

Valle, R., Zúñiga, M., Tuzet C., Martínez, C., De la Jara, J., Aliaga, R., Whittembury A., (2006). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *Anales de la facultad de medicina* 67 (4). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832006000400007&script=sci_arttext

Vaquero, C., Alacid, F., Muyor, J., López, P. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*. 28 (1). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004

Anexos

Anexo 1



Santiago, 11 de Mayo de 2017

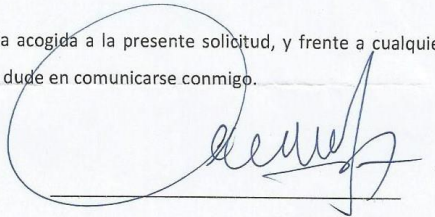
Sra.
Marisel Navarro
Matrona Jefa Unidad de Patología Mamaria
HOSPITAL Dr. SÓTERO DEL RIO
PRESENTE:

Junto con saludar, agradezco a usted otorgar las facilidades para que las estudiantes Carolina Mella Farías, RUT: 13.457.722-3 y Claudia Silva Ramírez, RUT: 16.028.082-4; quienes cursan la asignatura "Seminario de Título II", como parte del último año de formación de la Carrera de Psicología, en la Universidad de Las Américas Campus La Florida; puedan realizar su investigación en la Unidad a su cargo. Esta, se traducirá en una tesis, que las estudiantes deberán presentar como parte de los requisitos para optar al Título Profesional de Psicóloga.

El objetivo de la investigación, es determinar la posible relación entre el cáncer de mamas, la imagen corporal y la depresión, por lo que requerirán aplicar el Inventario de Depresión de Beck, y el Cuestionario de Imagen Corporal de Hopwood, a mujeres de entre 35 y 65 años, que han asistido en los últimos 2 años a control médico en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital; tanto a aquellas con diagnóstico de cáncer mamario, como aquellas con patología benigna de mamas. Estarán bajo la supervisión del docente de la asignatura, psicóloga Sra. Paola Andreucci A., y el material obtenido durante la intervención, será utilizado con fines estrictamente académicos, resguardándose la confidencialidad de la información, así como la de los participantes.

Agradezco desde ya la acogida a la presente solicitud, y frente a cualquier consulta respecto de esta investigación, no dude en comunicarse conmigo.

Saludos cordiales,



Ps. Cristian Hernández Jamasmie
Director de Carrera
Facultad de Ciencias Sociales
Av. Walker Martínez 1360, La Florida | Santiago | Chile
Tel.: (2) 2531950 | chernandez@udla.cl

Anexo 2



Fecha, / /

Consentimiento informado

La presente investigación se enmarca en el contexto de la asignatura Seminario de Título II, de la Carrera de Psicología. Su ejecución es responsabilidad de los estudiantes que se han contactado con usted, Carolina Mella Farías RUT: 13.456.722-3 email:cmellaf@hotmail.com, Claudia Silva Ramírez, RUT: 16028082-4 email:silva.claudia.csr@gmail.com y está bajo supervisión del docente de la asignatura, psicóloga Dra. Paola Andreucci Annunziata email:paolaandreucci@yahoo.cl

Este estudio tiene como finalidad determinar si existe relación entre el cáncer de mama, imagen corporal y depresión. Además Establecer si existen diferencias sobre la percepción de Imagen corporal y Depresión, entre mujeres con cáncer de mama y mujeres con patología benigna de mama, entre 35 a 65 años que han asistido en los dos últimos años a control médico en la Unidad de Patología Mamaria del Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Alta complejidad Dr. Juan Pefaur perteneciente al Complejo Asistencial Dr. Sotero del Rfo en Santiago de Chile

Si usted accede a participar, se le solicitará responder dos cuestionarios breves, con preguntas estructuradas acerca de Imagen Corporal y Depresión. Esto le tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Solo, en algunos casos, se realizará una entrevista semiestructurada, donde la conversación podría ser grabada y se indagará en antecedentes personales, mórbidos, familiares, académicos y sociales. Abordando el tema de la enfermedad y su impacto.

La participación en esta actividad no involucra pagos o compensaciones, tampoco perjudicará su bienestar ni el de su familia.

Su participación es de gran importancia para este estudio ya que estará contribuyendo a nuevas propuestas o cambios en salud.

Se garantiza confidencialidad y uso académico exclusivo. Sus datos personales se mantendrán en completa privacidad y anonimato. Sin embargo los resultados de este estudio podrían ser publicados en medios con objetivos académicos, sin identificar a sus participantes,

Su participación es voluntaria. Por tanto, si tiene dudas sobre la investigación, si alguna de las preguntas durante la ejecución del cuestionario o entrevista le parece incómoda, o desea abandonar la investigación en cualquier momento de la misma, debe hacerlo sabe a las investigadoras sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Este consentimiento informado será firmado en dos copias, quedando una en su poder y la otra en el poder de las investigadoras.

Declaro que leí este documento y estoy de acuerdo con lo expuesto y acepto participar en este estudio.

Nombre de la participante _____

Rut: _____

Teléfono de contacto _____

Firma de la participante en estudio

Carolina Mella Farías

Claudia Silva Ramírez

Firma de las investigadoras

Santiago, ____ de ____ del 2017

Escala de Imagen Corporal (BIS). Penélope Hopwood 1993.

 Escala de Imagen Corporal
 P. Hopwood

 N°

En este cuestionario se le preguntará cómo se siente acerca de su apariencia, y de cualquier cambio que pueda ser afectado en el resultado de su enfermedad o tratamiento. Por favor, lea con cuidado y coloque una X en la línea junto a la respuesta que se aproxime a la respuesta que se aproxime a la forma en que ha sentido sobre sí mismo. Durante la última semana.

- | | | | | |
|--|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Desde mi operación me ves menos atractiva sexualmente | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 2. Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 3. Me siento algo deformada o mutilada | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 4. Evito que los demás vean mi cicatriz | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 5. Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 6. Cuando me baño o me duché evito mirarme la cicatriz | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 7. Me repugna la cicatriz | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 8. Estoy satisfecha de mi aspecto cuando estoy desnuda | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 9. Me siento menos femenina después de la operación | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 10. Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 11. Creo que a los demás les gusta mi aspecto | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 12. Creo que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales | Nada <input type="checkbox"/> | Un poco <input type="checkbox"/> | Bastante <input type="checkbox"/> | Muchísimo <input type="checkbox"/> |

Anexo 4

Inventario de Depresión de Beck BDI-II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ULTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección. No deje ninguna frase sin contestar.

<p>1. Tristeza 0- No me siento triste habitualmente. 1 -Me siento triste gran parte del tiempo. 2 -Me siento triste continuamente. 3 -Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>
<p>2. Pesimismo 0 -No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 -Me siento más desanimado por mi futuro que antes. 2 -No espero que las cosas me salgan bien. 3 -Que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán</p>
<p>3. Sentimientos de fracaso 0 -No me siento fracasado. 1 -He fracasado más de lo que debería. 2 -Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 -Me siento una persona totalmente fracasado.</p>
<p>4. Perdida de placer 0- Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan. 1 -No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 -Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 -No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>
<p>5. Sentimientos de culpa 0 -No me siento especialmente culpable. 1 -Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 -Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 -Me siento culpable constantemente.</p>

<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0- No siento que este siendo castigado.</p> <p>1 -Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2 -Espero ser castigado.</p> <p>3 -Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0- Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1 -He perdido confianza en mí mismo</p> <p>2 -Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 -No me gusta.</p>
<p>8. Auto-criticas</p> <p>0 -No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>1 -Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2 -Me critico por todos mis defectos.</p> <p>3 -me culpo a mí mismo por todo lo malo que me sucede.</p>
<p>9. Suicidio</p> <p>0 -No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1 -Tengo pensamientos de suicidio pero no lo llevaría a cabo.</p> <p>2 -Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 -Me suicidaría si tuviera la oportunidad.</p>
<p>10. Llanto</p> <p>0 -No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 -Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2- Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 -Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
<p>11. Agitación</p> <p>0 -No estoy más inquieto o tenso que de costumbre.</p> <p>1 -Me siento más inquieto o tenso que de costumbre.</p> <p>2 -Estoy tan inquieto o agitado, que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 -Estoy tan inquieto o agitado, que tengo continuamente moviendo o haciendo algo.</p>

12. Perdida de interés

- 0 -No he perdido interés por otras personas o actividades.
- 1 -Estoy menos interesado por otras personas o actividades.
- 2 -He perdido mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 -Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

- 0 -Tomo decisiones como siempre.
- 1 -Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 -Tengo muchas más dificultades en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 -Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

- 0 -No me siento inútil.
- 1 -No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 -Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 -Me siento completamente inútil.

15. Perdida de energía

- 0 -Tengo tanta energía como siempre.
- 1 -Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 -No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 -No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el patrón del sueño

- 0 -No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño
- 1a - Duermo algo más de lo habitual
- 1b Duermo algo menos de lo habitual
- 2a Duermo mucho más de lo habitual
- 2b Duermo mucho menos de lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

<p>17. Irritabilidad</p> <p>0- No estoy más irritable de lo normal</p> <p>1 -Estoy más irritable de lo habitual</p> <p>2 -Estoy mucho más irritable de lo normal</p> <p>3 -Estoy irritable continuamente</p>
<p>18. Cambios de apetito</p> <p>0 -No he experimentado ningún cambio en el apetito</p> <p>1a Mi apetito es algo menor a lo habitual</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor a lo habitual</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor a lo habitual</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor a lo habitual</p> <p>3a He perdido completamente el apetito</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente</p>
<p>19. Dificultad de concentración</p> <p>0 -Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>1 -No puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>2 -Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo</p> <p>3 -No puedo concentrarme en nada</p>
<p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 -No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 -Me canso fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 -Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 -Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>
<p>21. Pérdida de interés por el sexo</p> <p>0 -No he notado ningún cambio.</p> <p>1 -Esto menos interesado por el sexo de lo que solía ser.</p> <p>2 -Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 -He perdido completamente el interés por el sexo.</p>