



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

IMAGEN CORPORAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES MASTECTOMIZADAS

Autor: Rocío Delgado Iglesias
Director: Maribel Rodríguez Fernández

Madrid
Mayo 2015



**IMAGEN CORPORAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES
MASTECTOMIZADAS.**

Rocío
Delgado
Iglesias

Resumen:

El objetivo del presente estudio es evaluar en dos grupos de mujeres mastectomizadas (N=30) (etapa de adultez temprana (25-45 años) y adultez intermedia (45-65 años)), las posibles diferencias asociadas a la edad sobre su percepción de la imagen corporal, así como los estilos de afrontamiento activos y pasivos que predominan en cada edad, al enfrentarse a las repercusiones físicas de los tratamientos del cáncer de mama. Además se estudió la posible relación entre estrategias de afrontamiento e imagen corporal, y otras variables estudiadas en la investigación (reconstrucción mamaria, percepción anterior de su imagen corporal y situación laboral) respecto a las variables imagen corporal, estrategias de afrontamiento y edad. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: «Body Image Scale» (S-BIS) y «Brief Cope Inventory» (BCI), un cuestionario de variables sociodemográficas y preguntas de creación propia sobre aspectos no recogidos por los cuestionarios (reconstrucción mamaria y percepción anterior de su imagen corporal). Los resultados confirmaron que las mujeres con una menor edad presentaban una mayor distorsión de su imagen corporal, pero no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas respecto a los estilos de afrontamiento, tanto activos como pasivos, ni con la imagen corporal. Encontramos que las mujeres de adultez intermedia, presentan una menor problemática sobre su imagen (autoconcepto e identidad definida) y con una mayor tendencia a estilos de afrontamiento más activos (humor y aceptación) frente a las mujeres en etapa de adultez temprana (afrontamiento activo y planeamiento). Respecto a las variables añadidas al estudio, encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación con la imagen corporal y percepción antes de la cirugía y sus tratamientos en ambos grupos de edad, así como la relación entre afrontamiento activos y situación laboral.

Palabras claves: Imagen corporal, Afrontamiento, Mastectomía, Cáncer de mama, Etapas evolutivas.

Abstract:

The aim of this study is to evaluate in two groups of women with mastectomies (N=30) (Stage of early adulthood (25-45 years) and middle adulthood (45-65 years)), the possible differences associated with their age and their perception of their body image as well as the active and passive coping styles at each age, to face the: Physical Impact of Breast Cancer Treatments. Possible addition study the relationship between body image and coping, and other variables studied in research (breast reconstruction, previous perception of their body image and employment status) variables regarding body image, coping strategies and age. The assessment instruments used were: «Body Image Scale» (S-BIS) and «Brief Cope Inventory» (BCI), questionnaire on social demographic variables and completing a personally created not covered by the questionnaires (breast reconstruction and previous perception of their body image). The results confirmed that younger women had a greater distortion of their image, but no statistically significant difference was obtained regarding coping styles, both active and passive, and their possible relationship to the image. We found that women in their middle adulthood have fewer problems about their image (defined self-concept and identity) and a greater tendency to show more active coping styles (humor and acceptance) towards the situation, than women in early adult-

hood stage (active coping and planning). Regarding the variables added to the study, we found statistically significant difference between body image and perception before surgery and treatments in both age groups, and between active coping and employment status.

Keywords: Body image, Coping, Mastectomy, Breast cancer, Developmental stages.

1. Introducción.

El cáncer es una de las enfermedades más frecuentes en el siglo XXI por su alta frecuencia de diagnósticos en la población. Supone una de las situaciones más complicadas y temidas en la sociedad actual, originado un estado estrés ante la situación y en muchos casos ocasionando problemas psicológicos en el individuo (Fernández & Basto, 2011).

Según el Instituto Nacional de Estadística (2014) el cáncer compone un grupo de enfermedades que suponen la segunda causa de muerte en España. Su aumento en la población puede deberse a su diagnóstico precoz, siendo asociada su aparición, por una mayor esperanza de vida. Es uno de los tumores más frecuentes en el mundo, estando ligada su aparición al desarrollo de nuestra actividad biológica y su correspondiente regulación y evolución, además de la influencia de factores internos como externos del individuo, que han ido cambiando en las últimas décadas (Olivares, 2007).

Los últimos datos publicados por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) (2014), el cáncer de mama es el tercer tipo de enfermedad más frecuente entre las mujeres. En España representa el 30% de los cánceres en el sexo femenino. En 2008 fueron diagnosticados 1.380.000 casos nuevos en el mundo. En la actualidad se diagnostican 22.000 casos al año, estimando que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de aproximadamente 1 de cada 8 mujeres. La mayoría de los casos fueron diagnosticados entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65 años. Uno de cada tres casos se está comenzando a diagnosticar en edades inferiores a los 45 años, siendo las mujeres cada vez más jóvenes y coincidiendo en la fase reproductiva y de desarrollo personal (AECC, 2014).

La incidencia en España es baja en comparación con países como, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Países Bajos, Bélgica, Alemania, Francia y Suiza, pero similar al resto de países de Europa Mediterránea, Centroeuropeos, Portugal e Irlanda (AECC, 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que para el 2021 se detectarán alrededor de dos millones de casos, causando un problema social y de Salud Pública (Iraburu, & Mahillo, 2008).

Desde una perspectiva médica, el cáncer de mama es un tumor maligno causado por el crecimiento incontrolado de células anormales en la glándula mamaria. Si no se controla o se ve a tiempo, el crecimiento de éste comienza a ser incontrolado y puede acabar originando tumores secundarios en la proximidad o en órganos distales y vitales (Martínez, R. 2006).

El tratamiento quirúrgico más frecuente para esta enfermedad es la técnica de la mastectomía radical o parcial (López, González, Gómez & Morales, 2008). Se ha argumentado que la mastectomía radical posee mayor impacto negativo sobre el bienestar emocional y la calidad de vida de las pacientes. Se trata de una operación mayor, en la que el cirujano extirpa el seno completo, los ganglios linfáticos que se encuentran debajo del brazo y los músculos de la pared del pecho por debajo del seno. Es la intervención más agresiva, produce alteraciones estéticas y pérdida de la simetría corporal, afectando en relación con los demás, en lo físico, emocional, social y personal (Chamizo, 2004; Da Silva & Villerla 2001; García-Viniegras & Blanco, 2007; Olivares, 2007).

El tratamiento de quimioterapia suele acompañar a la técnica quirúrgica de la mastectomía, para eliminar y prevenir futuros tumores. Es muy agresiva y ataca químicamente a las células malignas, pero a su vez afecta a todas las células sanas ocasionando efectos secundarios, como la caída del cabello entre otros, y en algunas ocasiones dependiendo del tipo de quimioterapia puede causar la infertilidad transitoria o total (Ramírez-Torres, Robles-Robles, Villafañá-Vázquez, & Hernández-Valencia, 2010).

Olivares (2007) afirma que la mastectomía es una experiencia traumática para la mujer, provoca temor, falta de control a la reaparición y en algunos casos genera soledad y desamparo. Según los estudios realizados, la mayoría de las mujeres diagnosticadas sufren un fuerte impacto psicológico ante esta situación de amenaza, afectando a su vida. Ocasiona una importante agresión física, estética y psicológica, donde sus secuelas no le permitirán seguir su proyecto de vida, produciendo múltiples pérdidas respecto a su cuerpo y a su vida pasada (Chamizo, 2004; Castilla & Vázquez, 2007; Fernández, 2004).

En muchas de las intervenciones se realiza la reconstrucción mamaria inmediata, este procedimiento quirúrgico ayuda a disminuir el impacto de la pérdida de mama en el momento de la mastectomía. Estudios sobre la reconstrucción afirman que previene la deformidad, mejora la calidad de vida y la imagen corporal en la mujer, una vez que han sido intervenidas (Marín-Gutzke & Sánchez-Olaso, 2010). Al-Ghazal, Fallowfield & Blamey (2000) (como se citó en Rincón, Pérez, Bordas & Martín, 2012), citan que las pacientes sometidas a la reconstrucción en el momento de la mastectomía, manifiestan un mayor nivel de autoestima y un menor deterioro en su imagen corporal, que las mujeres que no han sido intervenidas en el momento de la mastectomía, observando a largo plazo beneficios significativos sobre el bienestar emocional, calidad de vida, adaptación social, imagen corporal y en el funcionamiento sexual, una vez superado el primer año (Arora, et al. 2001; Atisha, Alderman, Lowery, Kuhn, Davis & Wilkins, 2008; Rubino, Figus, Loretto & Sechi, 2007, como se citó en Rincón, Pérez, Bordas & Martín, 2012).

Otros estudios no afirman lo anterior, considerando que la calidad de vida y la percepción sobre su imagen corporal no están relacionados en esta población. No observando diferencias entre mujeres que han sido mastectomizadas no reconstruidas de las reconstruidas tras la mastectomía (Nicholson, Leinster & Sassoon, 2007; Nissen et al., 2001; como se cito en Rincón et al., 2012).

Diversos autores han definido las perturbaciones que se han visto relacionadas con el cáncer de mama. Meyerowitz (1980) (como se citó en Vidal & López, 1999) plantea que el impacto psicológico que produce se manifiesta en tres áreas: psicológica (con aparición de ansiedad, depresión e ira), las ideas (con temores a la muerte, a la discapacidad y a la mutilación), y psicosocial (con notables cambios en la manera de vivir, relacionados en su mayor parte con la afectación del estado de bienestar físico).

Aproximadamente un 30% de las mujeres sufren problemas psicológicos, entre los que cabe citar (Olivares, 2007, p.448): sentimientos de mutilación, alteración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, pérdida de la sensación de feminidad y atractivo, disfunción sexual, ansiedad, depresión, indefensión, culpa, miedo a la recurrencia y al abandono. Además Barbón y Beato (2002) (como se citó en García-Viniegras & Blanco, 2007) añaden insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal.

Teniendo en cuentas las repercusiones psicológicas de esta enfermedad y su tratamiento, vamos a centrarnos en esta investigación en el desarrollo de las variables de imagen corporal y estrategias de afrontamiento, que pueden presentar este grupo de población.

- **Imagen corporal.**

De toda la diversidad de cánceres que se conocen, el cáncer de mama es uno de los que dejan mayor evidencia visible de sus secuelas físicas por su intervención (García-Viniegras, & González, 2007). Estudios afirman que presentan una mayor afectación psicología pacientes mastectomizadas, que otras pacientes que han tenido que ser sometidas a otras intervenciones quirúrgicas para el cáncer de mama (García-Viniegras, & González, 2007).

Muchas pacientes a las que se les realizó mastectomía, se han visto afectadas por una distorsión de su imagen corporal, presentando cambios significativos respecto a la percepción de su cuerpo, afectando a su autoconcepto e identidad y repercutiendo a la capacidad de asumir sus compromisos sociales (López, Polaino-Lorente & Arranz, 1992; Raich, 2004). Algunos estudios que afirman que la insatisfacción con la imagen corporal está vinculada a una baja autoestima, ansiedad, trastornos depresivos, problemas sexuales y problemas de en la identidad de género (Raich, 2000).

La imagen corporal es considerada como una variable multidimensional, que hace referencia a cómo se percibe, imagina, siente y actúa un sujeto respecto a su propio cuerpo (Sebastián, Bueno, & Mateos, 2002). Para comenzar a hablar sobre la imagen corporal, tenemos que conocer todas las variables que componen nuestra imagen.

La autoestima forma parte del autoconcepto, alude a una actitud o sentimiento positivo o negativo que tiene un sujeto hacia sí mismo, basándose en la evaluación de sus propias características físicas, incluyendo aquellos sentimientos de satisfacción que tenga consigo mismo (Rosenberg, 1965; como se citó en Garaigordobil & Durá, 2013). La representación que tenga cada sujeto respecto a su cuerpo es

exclusiva, por lo que afectará de forma diferente a cada paciente a la hora de vivir la enfermedad. Es un tipo de tumor que afecta a una parte del cuerpo con gran representación subjetiva, con un papel importante en la cultura en la filosofía y el arte, símbolo de feminidad, sexualidad, maternidad (Díaz, 2010).

El término imagen corporal, lo han definido distintos autores:

Una de las primeras definiciones sobre “imagen corporal” fue desarrollada por Schilder (1950), lo definió sin entablar relación con aspectos neurológicos. En su definición alude que “la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (Schilder, 1950; como se citó en Baile, 2003, p.55).

Raich (1996) (como se citó en Fernández, 2004, p.171), completo esta definición considerando que “la imagen corporal es un constructo complejo donde se incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos”.

Pruzinsky y Cash (1990) (como se citó en Bailé, 2003, p.56), proponen que la imagen corporal tiene varias imágenes corporales interrelacionadas:

- La imagen emocional, donde se encuentran nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con el cuerpo, con nuestra imagen y con las experiencias que nos aporta nuestro cuerpo. Es una experiencia propia y no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad.
- Por otro lado este concepto se caracteriza por estar relacionada con la autoconciencia y está definida socialmente por las influencias sociales desde que nacemos. Es dinámico, va modificándose por el transcurso de la vida en función de lo vivido, influye en el procesamiento de la información y en cómo percibir el mundo, cómo nos sentimos y pensamos sobre el cuerpo. Influyendo en nuestro comportamiento, en la imagen corporal consciente, preconsciente y la inconsciente.

Teniendo en cuenta la revisión de la literatura existente sobre el tema, se han identificado los siguientes cambios en la imagen corporal en los diferentes niveles de respuesta:

-Nivel perceptivo.

La imagen corporal es una de las variables más importantes para la mujer, formada por la representación psíquica y social de su identidad (Sebastián, Manos, Bueno & Mateo, 2007).

La mujer se percibe ante esta situación con una falta de simetría de su cuerpo considerándolo como algo deforme. Esta alteración comienza a manifestarse a la hora de percibir el tamaño del defecto de su mama, apareciendo otras alteraciones perceptivas como el miembro fantasma, atención focalizada en la zona afectada y desatención a otras zonas del cuerpo que no han sufrido cambios, considerando

que cuanto más mutilante sea la cirugía, mayores serán las alteraciones emocionales que sufra la mujer (Melet, 2005).

Las percepciones negativas sobre la imagen corporal en cáncer de mama según Fobair et al., (2006) (como se citó en García & Domínguez, 2011), producen insatisfacción en la apariencia, pérdida de la feminidad y de la integridad corporal, evitación al verse desnuda, pérdida del atractivo y descontento con la cirugía. Estos aspectos se ven relacionados con el miedo a la valoración y crítica social, ya que la imagen forma parte de nuestra identidad personal. Se ha argumentado que las percepciones negativas en la imagen corporal que presentan, se relacionan con la mastectomía radical, una menor edad, no poseer apoyo social y pasar por tratamiento quimioterápico (Olivares, 2007).

-Nivel cognitivo.

Suelen aparecer errores cognitivos en relación con el cuerpo y con su entorno. Se observa la presencia de un autodiálogo interno crítico y despectivo, centrado en la pérdida de la mama y en las consecuencias negativas de la intervención. En muchos de los casos estos discursos internos desadaptativos, son pensamientos intrusivos sobre su apariencia física y sobre el miedo a que los demás se den cuenta de sus secuelas físicas (Fernández, 2004). Las pacientes comienzan a tener creencias disfuncionales en torno a su valía personal, exclusivamente bajo parámetros físicos sin tener en cuenta otras cualidades y capacidades (laboral, social o intelectual), contemplando cambios en su autoconcepto caracterizados por la percepción de pérdida del atractivo personal y de su valor (Fernández, 2004).

La quimioterapia produce varias secuelas como el aumento de peso, hinchazón en el cuerpo y cara, cambiando su aspecto y ocasionando en muchas mujeres malestar y rechazo ante su nueva imagen (García & Domínguez, 2011). Una de las secuelas más llamativas es la caída del cabello, siendo para las pacientes más importante la funcionalidad psíquica y social de la parte perdida, que su función biológica (Da Silva Marques, & Villera, 2001; García. & Domínguez, 2011).

Las alteraciones sobre el aspecto físico no necesariamente han de ser visibles ni excesivamente llamativas para que causen angustia a la persona. Lo importante no es el cambio objetivo que ha sufrido, sino el significado que la persona le atribuye. Por ejemplo: en algunas mujeres la cicatriz de su pecho afecta fuertemente a su autoestima, asociándolo a un recuerdo permanente de enfermedad y de muerte. Sin embargo, para otros es sinónimo de vida, lucha, simbolizando la posibilidad de control o curación de su enfermedad (Fernández, 2004).

Después de la cirugía, la mujer toma conciencia de la importancia de la mama en el contexto corpóreo y socio-cultural. Díaz (2010) alude que uno de los efectos psíquicos la intensidad de la reacción frente al duelo hacia su cuerpo y mama, dependerá del lugar representativo que ocupa en la imagen corporal y lo que supone para el sujeto. Durante el tratamiento y el proceso de rehabilitación, aparecen muchas creencias disfuncionales asociadas a la identidad, mostrando el temor por la pérdida del atractivo y de la identidad sexual y sobrevalorando la importancia estética de la zona afectada, focalizando sobre los aspectos negativos (por ejemplo la falta del pecho, la pérdida de pelo, cejas y pestañas, la cicatriz o el aumento de peso) representando la totalidad de la apariencia física (Fernández, 2004).

La mastectomía implica en las pacientes múltiples metáforas como muerte, mutilación, dolor y aislamiento. En muchos casos su pérdida produce importantes cambios, afectando severamente en la calidad de vida del paciente (López, González, Gómez & Morales, 2008).

-Nivel afectivo-emocional.

En ocasiones esta enfermedad y sus tratamientos produce la aparición de respuestas emocionales condicionadas ante el cambio físico expuestos anteriormente, produciendo ansiedad, insatisfacción, displacer, hostilidad, frustración. Pérez & Florenzano (2009) (como se citó en Rojas-May, 2006) afirman, que la pérdida de este estímulo erótico, es vivida como un atentado contra la estructuración psíquica de estas mujeres. Sintiéndose poco atractiva, sino también en varias ocasiones “poco mujer”. Esto puede deberse a los factores culturales y a la sociedad actual, donde se valora y asocia un cierto volumen de senos como un símbolo visible de feminidad, belleza y sexualidad (Fernández, 2004).

Estudios afirman que las pacientes con cáncer de mama tienen mayor probabilidad de depresión y ansiedad, después de ser diagnosticadas de la enfermedad y tras el tratamiento posterior (Barreto y Pintado, 2011; Fernández, 2004). La autoimagen puede provocar respuestas emocionales condicionadas al cambio físico por la intervención quirúrgica, dando lugar a ansiedad e insatisfacción, así como sentimientos de vergüenza y miedo al rechazo de los demás, asociadas a sensaciones de malestar. En definitiva derivando a un rechazo del propio cuerpo, evitación sexual, evitación en relación con los demás, disminución de su autoestima y autoconcepto (Fernández, 2004; Yurek, 2000 y Rennecker (1952); como se citó en Olivares, 2007).

-Nivel conductual.

Algunas mujeres ante esta situación, sienten vergüenza por su nueva nueva apariencia física por la secuelas que le ha producido la enfermedad, sintiendo miedo a que su entorno la rechace, produciendo un alto grado de malestar emocional que a largo plazo puede llevar al desarrollo de comportamientos de evitación y compensación hacia el propio cuerpo (Fernández, 2004). En muchos casos muchas mujeres realizan conductas para ocultar y disimular el defecto ante los demás y hacia una misma, evitando mirarse al espejo o mirarse directamente la zona afectada, repercutiendo y cambiando la forma de vestir, formulando múltiples preguntas a su entorno para asegurarse de que no se nota. En algunas mujeres produce conductas obsesivas, de evitación social y aislamiento (García & Domínguez, 2011).

En definitiva el diagnóstico de cáncer de mama, produce consecuencias orgánicas y psicológicas, comenzando a temer el cáncer y mutilación de un órgano. Tanto la pérdida de la mama, cómo las secuelas que produce, requieren una adaptación tanto psicológica como social que se verán influenciadas en su actitud consigo misma y con los demás (Da Silva Marques, & Villera, 2003).

El proceso quirúrgico de la mastectomía es cortar, extraer, modificar el organismo dejando las cicatrices de lo perdido. Ante esta pérdida, las mujeres suelen utilizar mecanismos de compensación y negación, con los que intentan disminuir el impacto, como una forma de protección. En cuanto a los factores protectores, en contraposición a los factores de riesgo, serían características que ayudan a las

pacientes a superar mejor la situación por la que están pasando. En este sentido, la literatura indica que fortaleciendo y fomentando esos factores, las pacientes podrán sobrellevar los cambios a los que se tienen que enfrentar. Entre ellos, se encuentran el sentido del humor y la resiliencia (Díaz, 2010).

- **Estrategias de afrontamiento.**

Lazarus y Folkman (1986) definieron estrategias afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164).

Según Lazarus (1974) (como se citó en Mera & Ortiz, 2012) el afrontamiento son evaluaciones cognitivas que hace el sujeto y que tratarían de contribuir a la autorregulación en la situación. Éstas valoran el significado de la situación y las posibles alternativas que tienen para proporcionar el bienestar personal, y evaluar así, su valor potencial en el ambiente. Estas evaluaciones se encuentran en un cambio constante durante la enfermedad.

La evaluación cognitiva y el afrontamiento tienen un efecto modulador en la persona, influye en el proceso de adaptación a la situación de estrés que está viviendo (Lazarus & Folkman, 1986). El estrés es núcleo de activación para el afrontamiento, se define como la relación entre el individuo y el medio, el cual es evaluado como amenazante o desbordante de nuestros recursos. La evaluación cognitiva dependerá de cómo evalúe la persona la situación y de la respuesta de afrontamiento que tome. Una vez que la situación la percibe y la evalúa como estresante, la persona desarrolla una serie de habilidades para enfrentarse a la situación, llamadas estrategias de afrontamiento (coping) (Lazarus & Folkman, 1986). El sujeto busca cómo definir el problema y qué alternativas tiene para poder solucionarlo o modificarlo de la realidad en la que se encuentra, con el fin de disminuir el malestar emocional que le puede causar.

En definitiva podemos definir los estilos de afrontamiento, como un conjunto de técnicas o métodos que el individuo elabora, con el fin de crear una respuesta a una situación estresante como el cáncer (Chau, Morales & Wetzell, 2002). Podemos diferenciarlas entre estrategias de afrontamiento activas y estrategias de afrontamiento pasivas (Lazarus & Folkman, 1986).

En 1997 Carver (como se citó en Vargas, Herrera, Rodríguez & Sepúlveda, 2010) planteó según la propuesta de Lazarus y Folkman, catorce estrategias de afrontamiento, clasificándolas entre afrontamiento activo y afrontamiento pasivo. Carver, Scheier y Weintraub (1989), identificaron dos nuevas categorías de afrontamiento, constituidas por el uso de alcohol y drogas, y recurrir al humor. Estas dos estrategias fueron añadidas en afrontamiento pasivo.

-Tipos de estrategias de afrontamiento (Carver, 1997; Lazarus & Folkman, 1986; Krzemien, Monchietti & Urquijo, 2005; como se citó en Vargas et al., 2010):

Afrontamiento activo: podemos definirlo como el conjunto de conductas directas orientadas a aumentar los esfuerzos de afrontar. Con el objetivo de distanciar, evitar el estresor, minimizar sus efectos negativos para poder regular la emoción y poder dar significado al suceso. Ayudando a poder interpretar de la forma más positiva la situación vivida.

Estrategias activas: activo, planeamiento, reformulación positiva, humor, aceptación, apoyo emocional y apoyo instrumental.

Afrontamiento pasivo: éste formaría parte de un conjunto de conductas de evitación ante la situación, que nos implica una falta de responsabilidad con la situación estresante o problemática que se está viviendo, y que posiblemente la perciba como amenazante o peligrosa.

Estrategias pasivas: renuncia, autodistracción, negación, religión, uso de sustancias, autoculpa, descarga emocional.

Las investigaciones sobre afrontamiento en pacientes con cáncer, aportan resultados en los que muestran que para la mayoría de los individuos, esta situación es generadora de estrés. El cáncer no produce el mismo impacto en todos los individuos, pero si se ha observado que el proceso más común que sucede, es la interpretación y valoración del evento como negativo (Rodríguez & Frías, 2014).

Según Royak- Schaler (1991) (como se citó en Pérez & Medina, 2011) el cáncer de mama implica tanto pérdida como amenaza, pudiendo conllevar a diversas estrategias de afrontamiento no adaptativas. La mastectomía es un tratamiento terapéutico que produce alteraciones psicológicas, como hablamos anteriormente, si es considerado cómo un evento vital estresante, puede afectar no sólo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social (Cano, 2005). Las pacientes deben hacer frente a su capacidad para aceptarlo, integrarlos en una nueva imagen corporal y encontrar soluciones alternativas, que influyan directamente en su ajuste emocional, calidad de vida y en su funcionamiento social y laboral (Raich, 2000). Se enfrentan a una serie de situaciones complejas, cambiantes y con frecuencia muy estresantes (Font & Cardoso, 2009). La capacidad que tenga para poder aceptar y adaptarse a los nuevos cambios físicos y vitales, ayudará a que supere y afronte esta dura situación, produciendo un reajuste psicológico ante su nueva vida (Fernández, 2004).

El afrontamiento que predomine, hará que desarrolle aspectos psicológicos y emocionales distintos, que influirán en la valoración y en el resultado final del afrontamiento ante la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986). Si la evaluación de la situación es positiva, derivará a una valoración con emociones positivas, predominando un afrontamiento activo. Por el contrario, si es evaluada como negativa, el resultado de la situación será desagradable y predominando un estilo pasivo (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005).

A nivel psicopatológico, un estilo de afrontamiento pasivo presenta una mayor probabilidad de depresión y altos niveles de ansiedad, presentando reacciones no adaptativas, inhibiciones afectivas y un alto nivel de estrés psicológico ante la situación (Grassi, Rosti, Albieri & Fiorentini, 1987; Grassi & Molinari, 1988; como se citó en Mera y Ortiz, 2012).

Lazarus & Folkman (1986), consideran que las consecuencias del afrontamiento se ven relacionadas con tres grandes áreas: funcionamiento social, adaptación psicológica y salud. El conjunto de las tres áreas dan lugar a la calidad de vida del individuo, derivando en consecuencias diferentes a corto y a largo plazo.

Según la literatura algunos tipos de estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras estrategias se hallan más asociadas a contextos situaciones particulares. En algunos casos algunas estrategias van a ser más usadas que otras, como es en el momento del diagnóstico, tratamiento y en el proceso de recuperación (Díaz, 2004). Carver et al. (1989), afirman que el uso más frecuente de algún tipo de estrategia de afrontamiento se verá asociado a factores situacionales y a tipos de personalidad, pudiendo anticipar su conducta como una tendencia o estilo de afrontamiento constante (McCrae y Costa, 1986; como se citó en Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel & Pérez-Manga, 2001).

La capacidad de resiliencia, es una variable que ante una situación ayuda a reducir los efectos del estrés, las personalidades más resistentes le predominan un tipo de afrontamiento más activo. Así, es posible identificar personas que poseen una serie de características y rasgos de personalidad protectores y potenciadores del bienestar (Arbizu, 2009).

En definitiva el resultado del afrontamiento ante la mastectomía tendrá un impacto importante, experimentando cambios en las distintas áreas de su vida. Dependiendo de las estrategias de afrontamiento que predominen, podrá manejar de una forma más adecuada o adversa los cambios creados en su entorno (Font & Cardoso, 2009). Además de la percepción de sí misma y de su manejo de respuestas emocionales ante la situación (Royak- Schaler, 1991; como se citó en Broche & Medina, 2011).

- **Ciclo vital. Adulthood temprana y adulthood intermedia**

Teniendo en cuenta el aumento y la prevalencia del diagnóstico de cáncer de mama en mujeres más jóvenes, la edad es una variable que ante esta enfermedad podrían verse influenciada por la reacción emocional ante situación de cambio y el afrontamiento de la misma (Carlson & Bultz, 2003).

Se ha demostrado que las mujeres con una menor edad diagnosticadas de cáncer de mama, presentan una menor calidad de vida que aquellas mujeres mayores siguiendo el mismo tratamiento (Carlson & Bultz, 2003). Estudios afirman, que la edad influye en el tipo de estrategia tanto activa como pasiva, en el momento de afrontar la situación ante el dolor oncológico (Felton & Revenson, 1987; Gil et al., 1992; Keefe & Williams, 1990; Pearlin & Schooler, 1978; como se citó en Rodríguez, Esteve & López, 2000). Además de poder presentar mayor estrés y menor bienestar emocional, mayores niveles de

ansiedad, necesidad de encontrarse a sí mismas, preocupaciones sobre los ingresos, el trabajo y la autoimagen, que las mujeres que presenta una mayor edad (Infante, Goñi & Villarroel, 2011). Todas estas influencias, hacen que disminuya a medida que los individuos van envejeciendo (Márquez-González, Fernández, Montorio & Losada, 2008).

Los resultados de los estudios parecen apoyar la hipótesis de que la madurez emocional está asociada al envejecimiento, cuanto más experiencia acumulada tenga el sujeto a lo largo de su vida, mayor capacidad tendrá de poder ejercer el control sobre sus emociones, y así poder optimizar su experiencia emocional ante los acontecimientos (Márquez-González et al., 2008). A pesar de que cada vez es mayor el conocimiento sobre las diferencias asociadas a la edad en la experiencia y regulación emocional, la evidencia empírica existente, proviene de estudios realizados con población estadounidense. Por lo que no se puede generalizar en todas las poblaciones, ya que los factores contextuales, históricos, y culturales sobre el comportamiento humanos son distintos (Márquez-González et al., 2008).

A lo largo del ciclo vital, cada etapa de edad nos obliga a realizar distintas tareas. Algunos autores hablan de diversos estadios, los cuales no pueden ser prefijados para cada persona. Izquierdo (2006) afirma que la edad, no sólo es cuestión de cronología, sino que la edad está llena de significados, estructuras, obligaciones, relaciones...etc, que hacen influir en el ritmo de vida de cada sujeto.

Las etapas que corresponden a la muestra escogida, según los psicólogos del desarrollo, refieren a las etapas evolutivas de adultez temprana (17-45 años), y adultez tardía (45-65 años). Levinson (1986) (como se citó en Izquierdo, 2006), habla de estas etapas nombrándolas como preadultez a la adultez temprana y adultez tardía a la adultez intermedia.

Las tareas de desarrollo indican las metas que corresponden en su etapa y las que se debe perseguir. Erikson (1968) (cómo se citó en Izquierdo, 2006), considera que los cambios evolutivos no terminan en la adolescencia, sino que permanecen a lo largo de la vida. Las metas u objetivos que no se consigan, puede ocasionar en la mujer una paralización o estancamiento en su desarrollo evolutivo, afectando a las tareas correspondientes a su edad. Las metas que se adaptan a la edad, se ven reforzadas y apoyadas socialmente, y aquellas metas inadecuadas y que no corresponden, quedan rechazadas y privadas del apoyo instrumental en el sujeto (Izquierdo, 2006).

De acuerdo con Erikson (1968) (como se citó en Izquierdo, 2006), el problema fundamental en la adultez es el de la generatividad frente al estancamiento. Respecto a la generatividad, Erikson afirma que operamos dentro de tres áreas: procreativo, que consiste en dar y en responder a las necesidades de la posterior generación; productivo, que consiste en integrar el trabajo a la vida familiar y cuidar a la siguiente generación; y creativo, que consiste en hacer aportaciones a la sociedad. Si estas áreas se encuentran afectadas pueden producir una paralización del desarrollo de la persona.

Según las etapas psicosociales de Erikson (1968), en el periodo de adultez temprana corresponde con el tiempo de los procesos de desarrollo de la identidad, productividad y donde se toman las decisiones más importantes que marcan el futuro. Se encuentran en un proceso de construcción y estable-

cimiento de un estilo de vida y de identidad, toman decisiones sobre la elección de carrera, pareja e hijos. Además la salud física llega al tope, luego decae ligeramente (Mansilla, & Eugenia, 2014). En esta etapa la mujer continúa desarrollándose el sentido de la identidad y la capacidad intelectual es más compleja.

La terminación exitosa de la etapa da lugar a una personalidad sana y con interacciones con el entorno acertado. Por el contrario el fracaso a la hora de completar con éxito una etapa, puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas, afectando a la personalidad e identidad personal siendo menos sana (Erikson, 1968; como se citó en Mansilla & Eugenia, 2014).

La mujer adulta intermedia se encuentra en el proceso de elaboración de una nueva etapa y de la búsqueda del sentido de la vida. Comienzan a notar un deterioro en la salud física, en esta etapa la mujer presenta mayor sabiduría y la habilidad para resolver problemas prácticos, pero puede declinar la habilidad para resolver problemas nuevos (Erikson, 1968; como se citó en Mansilla & Eugenia, 2014). Afrontan otros tipos de responsabilidades respecto a la etapa anterior, como cuidar a los hijos, a los padres ancianos, a reubicar su vida y afrontar el nido vacío. Las mujeres adquieren más confianza en sí mismas y un concepto de identidad establecida, que contiene la historia de la relación entre el individuo, su sociedad y la forma singular de solución frente a sus problemas. En una minoría de mujeres se produce la crisis de la edad madura y sobreviene la menopausia (Izquierdo, 2006).

Algunos autores consideran que el proceso de desarrollo del sujeto, va aumentando la autoestima a lo largo de la edad adulta, pudiendo influir en la percepción de su imagen corporal (Infante, Goñi & Villarroel, 2011). Los estudios sugieren que con la edad, las personas pueden ser más capaces de controlar sus emociones cuando una situación lo requiere y su estilo de afrontamiento puede ser más adaptativo (Fantin, Florentino & Correché, 2005).

- **Objetivo.**

El objetivo de la presente investigación, es evaluar imagen corporal y estrategias de afrontamiento en dos grupos de mujeres mastectomizadas, de edades comprendidas entre 25-45 (adultez temprana) y de 45-65 años (adultez intermedia). Queremos conocer si hay diferencias entre ambos grupos de edad respecto a las variables, y si existe una relación entre percepción de la imagen corporal y el tipo de estrategias de afrontamiento en estas pacientes. Por otra parte, queremos considerar los posibles efectos algunas variables que pueden presentar influencias (situación laboral, momento de reconstrucción, reconstrucción y percepción de su imagen antes de la cirugía) sobre las variables del estudio (edad, estrategias de afrontamiento (activo y pasivo) e imagen corporal).

La hipótesis de partida sería que las personas que se encuentran en la etapa de adultez intermedia en comparación con las mujeres que se encuentren en adultez temprana, informarían de una menor alteración de la imagen corporal afectada y de un mayor uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas (afrontamiento activo), que las mujeres que tengan una menor edad, al poder haber completado sus tareas evolutivas y de desarrollo personal.

2. Método.

• Participantes.

La muestra consistió en 30 mujeres sobrevivientes sometidas a mastectomía. Teniendo en cuenta que uno de cada tres casos diagnosticados, se da en edades comprendidas por debajo de 45 años y su inicio a partir de los 25 años (AECC, 2013). La muestra estará comprendida por dos grupos, uno entre 25 y 45 años incluido las mujeres de 45 años (adultez temprana) y otro de 45 a 65 años (adultez intermedia).

Los criterios de inclusión de la muestra tienen que ver con el tiempo de la intervención, debe ser inferior a cinco años y superior a un mes. No se incluyó a pacientes que habían sido intervenidas con un tiempo menor de un mes, por el posible malestar físico y psicológico que podrían presentar, y el estrés e incomodidad que provocarían los cuestionarios.

• Instrumentos de evaluación.

-Escala de Imagen corporal: Body Image Scale (S-BIS). La versión original de esta escala fue desarrollada por Hopwood, Fletcher, Lee & Ghazal en 2001. La versión española S-BIS fue creada por Gómez-Campelo & Bragado-Álvarez en 2007.

S-BIS consta de 10 ítems que evalúan varias dimensiones de imagen corporal en pacientes con cáncer, evaluando: afectividad (por ejemplo, la sensación de auto-consciente), conducta (por ejemplo, dificultad al mirar el cuerpo desnudo) y cognitiva (por ejemplo, la satisfacción con la apariencia). Los productos que se califican en una escala de cuatro puntos (0: nada; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho) la puntuación máxima posible es de 3 puntos. A mayor puntuación obtenida mayor problemática relacionada con la imagen corporal.

Su brevedad facilita una evaluación rápida, tanto en el ámbito clínico y como en el de investigación. Muestra una estructura factorial estable entre las muestras, y buenas propiedades psicométricas con una alta fiabilidad (alfa de Cronbach=0,93), lo que sugiere que se trata de una medida adecuada y útil para evaluar imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. Se analizó la fiabilidad de la escala de imagen corporal para toda la muestra del estudio (N=30) obteniendo un valor de 0,859 (alfa de Cronbach), por lo que podemos considerar una fiabilidad alta.

-Estrategias de afrontamiento: Brief Cope Inventory (BCI). Es la versión abreviada de la Escala multidimensional de Evaluación de los Estilos de afrontamiento (COPE) de Carver (1997) y fue validada en población española por Crespo y Cruzado (1997) (como se citó en Vargas-Manzanares, Herrera-Olaya, Rodríguez-García & Sepúlveda-Carrillo, 2010).

BCI en versión española fue aplicado a mujeres con cáncer de mama, por lo que resulta específico para la muestra del estudio. Compone 14 dimensiones de estrategias de afrontamiento, cada una con dos ítems y permite evaluar los diversos estilos (activo, planeamiento, reformulación positiva, humor,

aceptación, apoyo emocional, apoyo instrumental, renuncia, autodistracción, negación, religión, uso de sustancias, autculpa, descarga emocional) (Vargas-Manzanares et al., 2010).

El cuestionario en español BCI fue desarrollado por Carver (1997) (como se citó en Vargas-Manzanares et al., 2010), consta de 28 ítems que evalúa dos tipos de afrontamiento, afrontamiento pasivo y activo, y la alternativa de respuesta de tipo likert, (1: nunca; 2: a veces; 3: casi siempre; 4: siempre). Los ítems aluden a la frecuencia de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles. Los puntajes altos indican un uso más frecuente de ese estilo de afrontamiento. Los ítems y las escalas se basan modelos teóricos como el modelo de estrés Lazarus y Folkman (1986) y en el modelo de auto-regulación conductual de Carver y Scheier (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

Las propiedades psicométricas de este cuestionario son adecuadas, con un alfa de Cronbach que oscila entre 0,6 y 0,8 para cada estrategia de afrontamiento ante la situación de estrés (Vargas Manzanares et al., 2010). Para nuestra muestra (N=30) el cuestionario obtuvo un valor de 0,763, siendo su resultado medio, por lo que es explicable por su estructura multidimensional de la escala y por el tamaño muestral.

-Cuestionario de variables sociodemográficas y preguntas de elaboración propia. Recopilamos información personal de las pacientes (edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, número de hijos, fecha del diagnóstico, fecha de intervención), además de realiza preguntas (sí/no reconstrucción mamaria, percepción de su imagen antes de la cirugía y sus tratamientos), para estudiar las posibles relaciones con las variables imagen corporal, estrategias de afrontamiento y edad.

• **Procedimiento.**

La población se determinó a través de muestreo no probabilístico por conveniencia, de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama e intervenidas de mastectomía, encontrándose en cualquier estadio de la enfermedad. Fueron escogidas en el Hospital San Pedro de Alcántara (Cáceres), en el área de oncología, a donde asistían a su tratamiento quimioterápico quincenal. Fueron seleccionadas 23 de las 30 mujeres necesarias para la muestra, las 7 pacientes restantes fueron escogidas por bola de nieve.

Las participantes recibieron la información de forma verbal, donde fueron explicados los objetivos, el procedimiento, la participación voluntaria y la confidencialidad de los cuestionarios y anonimato de su identidad. Se les explicó la ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter personal, donde se citan los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos por la ley, además de informar de su uso exclusivo para los fines de la investigación y su posterior destrucción una vez finalizado el estudio. Todos estos criterios fueron registrados en la autorización, que fue firmada tanto por el investigador como por las pacientes que accedieron a la investigación.

• Análisis de datos.

Utilizamos el paquete estadístico SPSS (Versión 20), para el procedimiento de los análisis estadísticos de las variables. Analizamos los supuestos de normalidad (prueba de Kolmogorov-Smirnov) y homocedasticidad para una muestra (Levene), aplicamos t- Student de medidas independientes ordinales (su alternativa no paramétrica Mann-Whitney, cuando no cumpla Levene), para comparar las medias cuantitativas entre los dos grupos de edad (imagen corporal- estrategias de afrontamiento (activo y pasivo)). A sí mismo se empleó la correlación de Pearson, para determinar el grado de asociación lineal entre dos variables cuantitativas (imagen corporal y estrategias de afrontamiento (activo y pasivo)). Finalmente utilizamos Anova de un factor (Kruskal-Wallis su alternativa no paramétrica en los casos indicados más adelante) con el objetivo de comparar las variables dependiente, imagen corporal, estrategias de afrontamiento y edad, con los distintos grupos de variables independientes (situación laboral, reconstrucción mamaria, fecha de diagnóstico...etc). Cuando el efecto principal de las variables salió significativa, se realizaron los correspondientes contrastes post-hoc.

Se trabajó con un nivel de confianza de 95%, considerando significativo aquellos valores menores que $p \leq 0,05$.

3. Resultados.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la muestra (tabla completa en anexo p.33).

Variables	Adultez temprana (N=15)	Adultez intermedia. (N=15)
Situación laboral actual.	Estudiante: 1 (6,6%)	Estudiante: 1(6,6%)
	Estudiante-trabajo activo: 4 (26,6%)	Estudiante- trabajo activo: 1 (6,6%)
	Trabajo activo: 7 (46,6%)	Trabajo activo: 7 (46,6%)
	Ama de casa: 0	Ama de casa: 3 (20%)
	Desempleado: 3 (20%)	Desempleado: 1 (6,6%)
	Jubilado: 0	Jubilado: 2 (13,3%)
Reconstrucción.	Sí reconstrucción: 3 (20%)	Sí reconstrucción: 5 (33,3%)
	No reconstrucción: 12 (80%)	No reconstrucción: 10 (66%)
	Durante la mastectomía: 2 (13,3%)	Durante la mastectomía: 1 (6,6%)
	Después de la mastectomía: 1 (6,6%)	Después de la mastectomía: 4 (26%)
Percepción de su imagen antes de la cirugía y sus tratamientos.	Mucho mejor que ahora: 8 (53,3%)	Mucho mejor que ahora: 2 (13,3%)
	Mejor que ahora: 5 (33,3%)	Mejor que ahora: 6 (40%)
	Igual: 2 (13,3%)	Igual: 7 (46,6%)

La edad media de la muestra es 47,33 y su desviación típica de 10,49 años, siendo el sujeto más joven de 33 años y la mayor de 64 años.

En relación con el primer objetivo se analizó la variable imagen corporal. Verificamos los supuestos de normalidad en la variable imagen corporal (Prueba de Kolmogorov-Smirnov) ($p=,867$) y la homocedasticidad (Levene) ($p=,296$). Posteriormente aplicamos T de Student para muestras independientes, con el objetivo de observar si existen diferencias entre los dos grupos (Tabla 2). Finalmente podemos encontrar diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad, considerando la existencia de una mayor problemática en la imagen corporal en mujeres mastectomizadas, con una edad menor o igual de 45 años (adultez tempranas), que en mujeres mayores de 45 años (adultez intermedia).

Tabla 2.

Diferencias entre adultez temprana y adultez intermedia en imagen corporal

Imagen corporal	Medias	Desviación típica.	p	gl	T
Adultez temprana	1,4267	0,593	0,001	28	3,716
Adultez intermedia	,7200	0,436	0,001	28	3,716

Pudimos observar mayores puntuaciones en los ítems de cuestionario en edad intermedia respecto al aspecto de su cicatriz (media=1,27), dificultad para mirarse desnuda (media=1,07), y evitación social por su aspecto físico (media=,93). En edad temprana, también presento mayor puntuación respecto al ítems sobre la insatisfecha de su cicatriz (media=2,07), evitación social por su aspecto físico (media= 1,93), y con medias comunes los ítems que refieren, a la dificultad de mirarse desnuda y sentirse físicamente menos atractiva a consecuencia de la enfermedad y el tratamiento (media=1,53).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento analizamos los supuestos de normalidad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra) para la media total de los 28 ítems ($p=,433$), para afrontamiento activo ($p=,418$) y para afrontamiento pasivo ($p=,684$), obteniendo verificación en las tres por su distribución normal. Analizamos el supuesto de homocedasticidad (Levene) en la media total de los 28 ítems ($p=,0778$), en afrontamiento activo ($p=,070$) y en afrontamiento pasivo ($p=,191$), obteniendo valores mayores que $p= 0,05$, por lo que no cumplen la homogeneidad de las varianzas.

Posteriormente, se aplicó la prueba T de Student para muestras independientes, y comparamos si hay existencias de diferencias entre los dos grupos de edad. No encontrando diferencias estadísticamente significativas en estrategias de afrontamiento entre los grupos, ni tampoco encontramos diferencias respecto afrontamiento activo y pasivo entre los dos grupos de edad (Tabla 3).

Tabla 3.*Diferencias entre adustez temprana y adustez intermedia en estrategias de afrontamiento.*

Variable: afrontamiento	Medias	T	gl	p
Estrategias de afrontamiento	Adulthood temprana: 2,5452	-,287	28	,776,
	Adulthood intermedia: 2,5929	-,287	28	,778
Afrontamiento activo.	Adulthood temprana: 3,000	-,348	28	,731
	Adulthood intermedia: 3,0918	-,339	28	,738
Afrontamiento pasivo	Adulthood temprana: 2,0905	,036	28	,920
	Adulthood intermedia: 2,0765	,036	28	,921

Al cumplir el supuesto de homocedasticidad para la variable estrategias de afrontamiento, aplicamos la prueba de Mann-Whitney, para los dos grupos de edad. Obtuvimos un promedio de 16,17 para el grupo de adustez temprana y 14,83 para el grupo de adustez intermedia, con una significación de $p=,683$, por lo que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad respecto a las estrategias de afrontamiento.

Analizamos las frecuencias de los ítems del cuestionario, para saber cuáles presentan mayores puntuaciones en los dos grupos de edad, teniendo en cuenta que a mayor puntuación, mayor es el uso de estrategias de afrontamiento más activo o más pasivo. Los valores más semejantes de los ítems en ambos grupos de edad respecto a los tipos afrontamiento, fueron en reformulación positiva (afrontamiento activo) (media edad temprana=6,73/media edad intermedia=6,8) y autocrítica (afrontamiento pasivo) (media edad temprana= 3,06/media edad intermedia= 3,07).

Respecto a los grupos, las mujeres de adustez temprana en afrontamiento activo, se observa mayores puntuaciones en afrontamiento activo (media=7) y planeamiento (media=6,5). En cambio en adustez intermedia se observan mayores puntuaciones en humor (media=11,95) y aceptación (media=6,93). En afrontamiento pasivo el grupo de adustez temprana presenta puntuaciones altas en autodistracción (media=4,03), negación (media=3,56) y renuncia (media=2,80), y el grupo de mujeres en adustez intermedia, presenta mayores puntuaciones en autodistracción (media=6,41), descarga emocional (media=6,43).

Atendiendo al segundo objetivo, utilizamos la Correlación Pearson para analizar la existencia relación entre imagen corporal y estrategias de afrontamiento (activo y pasivo). Como se puede observar en la Tabla 5, los resultados no dieron una relación estadísticamente significativa entre estrategias de

afrontamiento e imagen corporal en toda la muestra, ni tampoco entre estrategias de afrontamiento activo y pasivo con imagen corporal. Por lo no podemos concluir que exista una relación entre una mayor problemática en la imagen corporal en mujeres mastectomizadas, con un menor uso de estrategias de afrontamiento.

Tabla 4.

Correlación entre estrategias de afrontamiento e imagen corporal.

Correlaciones entre variables N=30	r (x, y) Imagen corporal	p	gl
Estrategias de afrontamiento	-0,088	0,645	28
Afrontamiento pasivo	0,115	0,547	28
Afrontamiento activo	-0,103	0,589	28

Por otra parte además, se ha querido considerar los posibles efectos de las variables de la investigación, sobre las variables situación laboral, reconstrucción mamaria y percepción de su imagen antes de la cirugía. Se realizó mediante Anova de un factor (cuando cumple los criterios de homocedasticidad y normalidad, si no es así mediante Kruskal-Wallis) con el objetivo de observar si existen diferencias significativas con respecto a la imagen corporal, estrategias de afrontamiento y edad.

-Imagen corporal (percepción de su imagen antes de la cirugía/ reconstrucción mamaria).

La variable imagen corporal en relación con percepción de su imagen antes de la cirugía. Analizamos mediante Anova de un factor (Levene=,119; p=,000), obteniendo diferencias significativas entre “mucho mejor que ahora” (media=1,570; p=,000; gl=27) e “igual” (media=,379; p=,000). También encontramos diferencias significativas entre “mejor que ahora” (media= 1,19; p=,001) e “igual” (media=,37; p=,001). Obteniendo un tamaño del efecto considerando que la percepción sobre la imagen corporal se explica por la percepción que presenta antes de la cirugía de un 61,49% (η^2 (eta cuadrado)).

Posteriormente aplicamos la prueba Post-hoc, observando diferencias de medias significativas (p= 0,05). Siendo “mucho mejor que ahora” e “igual” (media=1,192; p=,000), “mejor que ahora” e “igual” (media=,81313; p=,001), e “igual” presenta diferencias entre “mejor que ahora” (media= -1,192; p= ,000) y “que mejor ahora” (media=-,813; p=,001). Es decir, el grupo de mujeres que percibían su imagen “mucho mejor que ahora” presentan valores estadísticamente significativos respecto a su imagen actual, en comparación con el grupo que percibe su imagen “igual” que antes.

Las variables imagen corporal en relación con la variable reconstrucción, tampoco se obtuvimos diferencias significativas entre las sí reconstruidas y las no reconstruidas (p=,995), ni en el momento de ser reconstrucción (p=,900).

-Estrategias de afrontamiento activo y pasivo (situación laboral/reconstrucción mamaria/percepción de su imagen antes de la cirugía).

Sobre las estrategias de afrontamiento activo y pasivo se han encontrado diferencias en situación laboral. Cumplen los criterios de homogeneidad entre las varianzas tanto en afrontamiento activo (Levene=1,046; $p=,384$) como pasivo (Levene=3,361 $p=,073$).

Analizamos mediante Anova de un factor, obteniendo diferencias estadísticamente significativas respecto a la situación laboral y afrontamiento activo ($p=,000$), pero aquellos que presentan un afrontamiento pasivo no presentan diferencias significativas ($p=,364$). Obteniendo un rango promedio mayor en afrontamiento activo, el grupo de jubiladas (rango=25,00, $gl=5$), seguido de estudiantes (rango=22,00; $gl=5$), de trabajo activo (rango=16,57; $gl=5$), desempleado (rango=15,50; $gl=5$), estudiante y trabajo activo (rango=13,80; $gl=5$), siendo el grupo con menor rango (rango= 2,67; $gl=5$) el de amas de casa, obteniendo una menor puntuación en estrategias. Pudiendo considerar que estar en situación laboral de jubilación, estudio y estudio con trabajo activo, explica un mayor porcentaje de estrategias de afrontamiento activas en el grupos de adultez intermedia obteniendo un tamaño de efecto del 13,7% (η^2).

En estrategias activas y pasivas respecto la variable reconstrucción, no observamos valores estadísticamente significativos. En afrontamiento activo y si reconstrucción (media=3,276; $gl=28$; $p=,456$), afrontamiento activo y no reconstrucción (media=2,967; $gl=28$; $p=,456$), en afrontamiento pasivo y si reconstrucción (media=2,08; $gl=28$; $p=,939$) y afrontamiento pasivo y no reconstrucción (media= 2,09; $gl=28$; $p=,939$).

En estrategias de afrontamiento activas y pasivas respecto al momento de ser reconstruidas, obtuvimos homogeneidad de las varianzas tanto en activo (Levene=,227) como en pasivo (Levene= ,348). Utilizamos Anova de un factor obteniendo en edad intermedia: afrontamiento activo y reconstrucción en el momento de la mastectomía (media=3,142; $gl=6$; $p=,768$), afrontamiento activo y reconstrucción después de la cirugía (media=3,357; $gl=6$; $p=,768$). En edad temprana: afrontamiento pasivo y reconstrucción en el momento de la mastectomía (media=2,238; $gl= 6$; $p=,245$). Afrontamiento pasivo y reconstrucción después de la cirugía (media=1,985; $gl=6$; $p=, 245$). No encontrado diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos.

Estrategia de afrontamiento activo y pasivo respecto a percepción antes de la cirugía teniendo en cuenta los dos grupos de edad. Analizamos primero el grupo de adultez temprana, obteniendo la homogeneidad de las varianzas respecto afrontamiento activo (Levene=3,918), pero en afrontamiento pasivo (Levene=,049) no cumple los criterios, por lo que posteriormente realizamos la prueba de Kruskal-Wallis. No observamos diferencias estadísticamente significativas en el grupo de afrontamiento activo ($p=,679$), pero sí en de afrontamiento pasivo ($p=,021$).

Posteriormente realizamos las pruebas post-hoc (Scheffé) para el grupo de afrontamiento pasivo, solo obteniendo valores estadísticamente significativa, entre mejor que ahora e igual (media=,6500; $p=,025$), pero no encontramos valores estadísticamente significativos entre “mucho mejor que ahora”

e “igual” ($p=,166$) y entre “muchos mejor que ahora”, que “mejor que ahora” ($p=,206$). Utilizamos la prueba Kruskal-Wallis (alternativa no paramétrica de Anova) para el grupo de edad temprana. Obteniendo, en afrontamiento activo y percepción anterior a la enfermedad, valores entre “mucho mejor que ahora” (rango= 7,25; $gl=2$), “mejor que ahora” (rango= 8,70; $gl= 2$) e “igual” (rango=9,25; $gl=2$). No obteniendo diferencias estadísticamente significativas ($p= ,775$).

Analizamos el grupo de edad intermedia, obteniendo un cumplimiento de los criterios homogeneidad en afrontamiento activo (Levene=,318; $p=,733$) y en afrontamiento pasivo (Levene= 1,886; $p=, 194$), pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto afrontamiento activo y percepción anterior ($p=, 724$) y afrontamiento activo y percepción anterior a la cirugía ($p= ,946$). mien-to y edad.

- Grupos de edad (percepción de su imagen antes de la cirugía/reconstrucción mamaria).

La percepción antes de la cirugía sobre su imagen corporal respecto a los grupos de edad. En adu- ltez intermedia se observan diferencias estadísticamente significativas (Levene=,272; $p=,004$), entre “mucho mejor que ahora” (media=1,250), “mejor que ahora” (media=0,933) e “igual” (media=0,38). Observando mayores puntuaciones sobre una mejor imagen antes de la intervención, con una $p=,004$. Obteniendo un tamaño del efecto considerando que la percepción sobre la imagen antes de la cirugía es explicada por los grupos de edad en adultez intermedia en un 60,69% (η^2) en el momento actual.

En el grupo de adultez temprana también observamos diferencias estadísticamente significativas (Levene=,313; $p=,008$), entre “mucho mejor que ahora” (media=1,650), “mejor que ahora” (media= 1,500) e “igual” (media=0,350). Observando mayores puntuaciones en aquellas mujeres con una mejor imagen antes de la intervención con una $p=,008$. Obteniendo un tamaño del efecto con el que podemos considerar que el grupo de edad temprana sobre la percepción de su imagen antes de la cirugía es ex- plicada por un 55,5% (η^2) en el momento actual de la enfermedad y sus tratamientos.

Respecto a la variable reconstrucción en relación con la edad en ambos grupos muestrales, no se pudo terminar de analizar la exigencias de relación, ya que las categorías presentaban N muy peque- ños y que el programa estadístico rechazaba.

4. Discusión.

Los objetivos de la presente investigación, fue estudiar a dos grupos de mujeres mastectomizadas en dos etapas vitales distintas (adultez temprana y adultez intermedia), y así conocer cómo perciben su imagen corporal, como el uso de estrategias de afrontamiento activas y pasivas que predominan en la situación ante esta enfermedad. Además se estudió la posible relación entre las variables: estrategias de afrontamiento e imagen corporal; así como las posibles diferencias de los grupos sobre las variables reconstrucción mamaria, percepción anterior de su imagen corporal y situación laboral, respecto a las variables imagen corporal, estrategias de afrontamiento y edad.

La hipótesis de la que partimos, fue que aquellas mujeres que se encontraban en la etapa de adultez intermedia en comparación con las mujeres en adultez temprana, mostrarían de una menor alteración de la imagen corporal afectada y un mayor uso estrategias de afrontamiento más activas que las mujeres que presentasen una menor edad.

Sobre el primer objetivo, obtuvimos diferencias estadísticamente significativo respecto a la imagen corporal entre los dos grupos de edad. El grupo de edad intermedia presentaba una menor problemática en su imagen corporal, que el grupo de edad temprana. Presentaban mayores puntuaciones en los ítems del cuestionario (BCI) en edad intermedia sobre el aspecto de su cicatriz, dificultad para mirarse desnuda y evitación social por su aspecto físico. Las mujeres de edad temprana, también presentaron mayores puntuaciones respecto a los ítems sobre la insatisfacción sobre la cicatriz, evitación social por su aspecto físico, y con medias comunes, los ítems que refieren a la dificultad de mirarse desnuda y sentirse físicamente menos atractiva. Ambos grupos puntuaron alto en los ítems respecto a la cicatriz y evitación social por su imagen, siendo el grupo de edad temprana el que presenta mayor puntuación respecto a la pérdida de atractivo.

Los resultados de los ítems de los dos grupos de edad que han presentado mayor puntuación en la escala, coincide con los hallazgos obtenidos por algunos autores (Fernández, 2004; Fobair, Stewart, Chang, Onofrio, Banks, & Bloom, (2006); como se citó en García & Hernandez, 2011), en los que se encontró que el cáncer de mama y sus tratamiento produce insatisfacción con la apariencia, pérdida de la feminidad y de la integridad corporal, evitación al verse desnuda, pérdida de atractivo, focalización sobre aspectos negativos (cicatriz y pérdida de cabello), afectando en la totalidad de su apariencia física.

Respecto a los factores que influyen en el proceso de la mastectomía, coincide con los estudios sobre las percepciones negativas respecto a la imagen corporal, viéndose relacionada con la mastectomía radical, una menor edad y pasar por tratamiento quimioterápico (Olivares, 2007). Se encontró que las mujeres que se encuentran en edad temprana, presentaban una mayor vulnerabilidad y daban un mayor valor a la identidad e imagen, tanto para una misma como para el entorno. Coincidiendo con la idea de algunos autores (Infante, Goñi & Villarroel, 2011; Raich, 2000; Izquierdo, 2006), que afirmaron que el desarrollo del sujeto hace que vaya aumentando la autoestima a lo largo de la edad, pudiendo influir positivamente en la percepción de su imagen corporal, habiendo menos afectación respecto a los cam-

bios por la enfermedad, ya que pueden tener una identidad definida y valorar otros aspectos que estén centrados en su imagen.

Teniendo en cuenta los ítems más valorados en toda la muestra, destacan la marca de la cicatriz como la secuela más problemática, además muchas de las participantes destacaban la importancia de la deformidad del tórax, como una agresión a su identidad personal sintiendo rechazo. Coincidiendo con la literatura, en la que se considera que los cambios físicos que sufren, provocan respuestas emocionales que dan lugar a sentimientos de vergüenza, miedo al rechazo del entorno, malestar que puede derivar a un rechazo del propio cuerpo, evitación sexual, dificultad en la relación social, disminución de su autoestima y autoconcepto, (Fernández, 2004; Fobair et al., 2006; como se citó en García & Domínguez, 2011; Yurek, 2000 y Rennecker, 1952; como se citó en Olivares, 2007).

Sobre el segundo objetivo respecto a las estrategias de afrontamiento ante esta situación, no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de edad respecto a las estrategias de afrontamiento, tanto activas como pasivas. Teniendo en cuenta la fiabilidad media (0,763) que obtuvimos en la muestra, en comparación con la que presenta el cuestionario, puede verse explicada por el tamaño limitado de participantes y por la estructura multidimensional de la escala. Sería conveniente repetir el estudio con un mayor número de muestra, y así poder analizar y profundizar este grupo de población.

Dado la no existencia de diferencias entre los dos últimos grupos mencionados, no coinciden con lo planteado por la literatura y con los resultados de algunos estudios en los que plantean, que la edad influye en el tipo de estrategia tanto activa como pasiva, en el momento de afrontar la situación ante el dolor oncológico (Felton & Revenson, 1987; Gil et al., 1992; Keefe & Williams, 1990; Pearlin & Schooler, 1978; como se citó en Rodríguez, Esteve & López, 2000). Pudiendo considerar que tener una mayor edad, predominaría el uso de estrategias de afrontamiento más activas, que aquellos pacientes con una menor edad (Rodríguez, Esteve & López, 2000). Aunque otros autores (Vidal & López, 1999) coinciden con nuestros resultados, considerando que las mujeres que se encuentran edad intermedia no presentan una mayor tendencia de estilos de afrontamiento más adaptativos, que las mujeres con una menor edad. Pudiendo considerar que para ambos grupos de edad, el cáncer de mama causa un proceso de estrés en el que predominan tanto estilos activos como pasivos en las mujeres, no siendo la edad, una variable que influya en el proceso de afrontamiento.

Al analizar las medias de los ítems en ambos grupos, podemos observar diferencias estadísticamente significativa. Presentado mayores valores en estrategias más activas en el grupo de edad intermedia (media= 3,0918), y mayores medias en estrategias de afrontamiento pasivas en el grupo de edad temprana (media= 2,0905). En ambos grupos de edad presenta medias semejantes en reformulación positiva (afrontamiento activo) y en autculpa (afrontamiento pasivo). La reformulación positiva alude a la forma de reevaluar la situación y busca la forma de aprender de él y sacar lo mejor, y la autocrítica, tiene en cuenta sus límites personales, utilizándolos como formas de culpabilizarse. Por lo que en ambos grupos de edad intentan sacar lo mejor de la situación, pero con una tendencia a buscar el porque de su enfermedad y culparse por ello.

Sin embargo encontramos diferencias entre los grupos. En edad temprana muestran diferencias en los ítems activos predominando, planeamiento y afrontamiento activo, y en ítems pasivo predomina negación y renuncia. En cambio en edad intermedia, en activos destaca humor y aceptación, y en pasivos autodistracción y descarga emocional. Los ítems con mayor puntuación coinciden con lo planteado por Díaz (2010), observando que las mujeres que presentan una mayor edad, predominan las estrategias de aceptación y de humor. Siendo la aceptación una cualidad de crítica ante un suceso vital, y el humor como la capacidad para sobrellevar los cambios a los que tienen que enfrentarse, pudiendo verse relacionada con variables como la resiliencia de las pacientes y de un tipo de personalidad resistente.

En los ítems pasivos se observa una predominancia en la autodistracción, siendo una estrategia que funciona como escape o evitación cognitiva, impidiendo un estilo de afrontamiento más adaptativos, siendo congruente con algunos estudios (Aldwin & Revenson, 1987; Lazarus & Folkman, 1986; Moos & Billings, 1982; como se citó en Krzemien, Monchietti & Urquijo, 2005). Aunque sería necesario saber el rol de la respuesta de afrontamiento, para ver su efectividad y funcionalidad ante la situación, compartimos la idea con algunos autores que sostienen (Carver et al., 1989; como se citó en Krzemien, Monchietti & Urquijo, 2005), que estas estrategias pasivas serían disfuncionales si se mantienen en el tiempo, pero si no es así, ayuda al sujeto a ignorar la realidad de la situación. Siendo útil en los primeros estadios para disminuir la reacción emocional de ansiedad y facilitar el afrontamiento de la situación.

El afrontamiento activo y planeamiento fueron las categorías más destacados en el grupo de edad temprana. Planear, activa al sujeto a pensar cómo manejar, organizar y planificar estrategias para afrontar la situación y considerando cuál es la estrategia más eficaz para manejar el problema, cumpliendo un estilo adaptativo. Ya que implica intentos solventar, que junto a un afrontamiento activo incrementar los esfuerzos, evitando o reduciendo sus efectos negativos.

Ante esta pérdida, los estilos que predominan pueden propiciar mecanismos de compensación y negación, con los que intentan disminuir el impacto, como una forma de protección, compartiendo la idea de algunos autores (Krzemien, Monchietti & Urquijo, 2005). Teniendo en cuenta este argumento y coincidiendo con la idea de Díaz (2010), podríamos considerar que el grupo de edad intermedia presentaría estilos de afrontamiento pasivo pero con una funcionalidad activa para paliar el dolor y el afrontamiento de la enfermedad. Presentado una mayor complejidad en las mujeres en etapa temprana, negando y dificultado la aceptación de la situación y presentando sentimiento de incapacidad en la resolución, aunque no hay coincidencias con los resultados obtenidos entre el grupo de edad temprana y el grupo de edad intermedia.

Un aspecto añadir que se observó en el momento de cumplimentar los cuestionarios con las participantes y que es reflejado en los valores de los ítems, fueron la variable religión y uso de sustancias (afrontamiento pasivo). De forma subjetiva se percibió en el grupo de edad intermedia, un mayor uso en la práctica de la religión como una variable que les alivia, les aporta esperanza, supervivencia y necesaria para su lucha ante el cáncer. Esto no fue observado en el grupo de edad temprana, ya que

presentaban una menor media la variable religión y su discurso no lo corroboraba. En ellas predominaba el uso de sustancias, referido a la toma de tranquilizantes para la facilitación del sueño, he incluso algunas participantes afirmaban la toma de bebida alcohólica en algunas circunstancias con su entorno, pudiendo cumplir una función para paliar el malestar y las secuelas de estrés situacional. Estas diferencias pueden verse influenciadas con la edad, hábitos sociales y culturales nuevos, que se han ido inculcando y que en épocas anteriores era inexistentes. Teniendo en cuenta en el grupo de edad intermedia el uso de la práctica de la religión, podría coincidir con lo planteado en la literatura, considerando que la religión les ayuda a afrontar y manejar la situación, mejora en la recuperación y calidad de vida (Mueller, Plevak & Rummans, 2001; Mytko & Knight, 1999; como se citó en Martínez, Menéndez & Ballesteros, 2004).

Sobre el tercer objetivo analizamos la posible existencia de relación entre las variables, no obtuvimos una asociación estadísticamente significativa en que correlacionasen la variable imagen corporal y estrategias de afrontamiento. Planteamos que una menor problemática en la imagen corporal, podría verse relacionada con una mayor tendencia al uso de estrategias de afrontamiento más activas, viéndose correlacionada con la aceptación de su propia imagen tanto en el momento crítico de la enfermedad como antes de la cirugía. Como se han considerado en algunos estudios (Cano, 2005; Rodríguez & Frías, 2014; Royak- Schaler (1991); como se citó en Pérez & Medina, 2011), vivir esta situación y someterse a la cirugía de la mastectomía, produce un gran impacto personal en el que muchas pacientes lo interpretan y lo valoran de forma negativa y como una amenaza, predominando estilos pasivos de afrontamiento, y pudiendo originar alteraciones psicológicas que afecten en su percepción con su imagen, relación consigo misma y con su entorno. Teniendo en cuenta lo expuesto, no podemos corroborar esta hipótesis, ya que los resultados obtenidos no lo demuestran estadísticamente.

Respecto a las otras variables estudiadas en la investigación como situación laboral, reconstrucción mamaria y percepción antes de la cirugía, se analizó las posibles diferencias entre estrategias de afrontamiento, imagen corporal y edad.

En relación con estrategias de afrontamiento y reconstrucción, no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas, por lo que no encontramos diferencias entre los grupos ni en afrontamiento pasivo ni en activo, ni tampoco en el momento de la reconstrucción. No encontrando coincidencias con los resultados de la literatura revisada. Según los estudios, la reconstrucción en el momento de la cirugía mejora el afrontamiento, así como la imagen corporal, disminuyendo el impacto de la pérdida de la mama y deformidad (Marín-Gutzke & Sánchez-Olaso, 2010). Además, la intervención en la misma cirugía produce una mejora en la autoestima y un menor deterioro en su imagen corporal, que las mujeres que no han sido intervenidas postmastectomía, encontrando una mejora de su bienestar y disminución en la tendencia del uso de estrategias pasivas. (Al-Ghazal, Fallowfield & Blamey, 2000; como se citó en Rincón, Pérez, Bordas & Martín, 2010).

Al ser una muestra pequeña de mujeres que cumple este criterio, puede ser que no represente bien al grupo de este tipo de pacientes. Aunque existen otros estudios que en comparación con estos resultados, no se observan estas diferencias, respecto a una mejor imagen corporal entre mujeres mastecto-

mizadas reconstruidas en el momento de la cirugía, de aquellas que no están reconstruidas (Nicholson et al., 2007; Nissen et al., 2001, como se citó en Rincón et al., 2012).

En relación a las estrategias de afrontamiento activo y pasivo, obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en situación laboral y afrontamiento activo. Obteniendo mayores diferencias en afrontamiento activo en el grupo de jubilados, seguido de estudiantes, trabajo activo, desempleado, estudiante y trabajo activo, siendo el grupo con menores valores el de ama de casa. Por lo que podemos concluir que estar en situación de jubilación o de estudio, indicaría un mayor uso de estrategias de afrontamiento activo y no pasivo.

El grupo de personas jubiladas (60 y 65 años) se encuentran en una etapa en la que probablemente hayan cumplido sus tareas vitales, presenten una mayor sabiduría y habilidad en la resolución de problemas, pero pueden tener dificultades en la habilidad para resolver problemas nuevos. En general la mujer con mayor edad muestra más confianza en sí misma y un concepto de identidad establecida, como sugieren algunos estudios en los que consideran que son capaces de controlar sus emociones cuando una situación lo requiere, y su estilo de afrontamiento puede ser más adaptativo (Fantin, Florentino & Correché, 2005; Izquierdo, 2006).

En relación al grupo que se encuentran en situación de estudio y en trabajo activo, podrían funcionar como factores protectores, con una tendencia al uso de estrategia más activas a la hora de afrontar y manejar cierta situación como citan algunos autores (Arbizu, 2009). Aunque habría que seleccionar una muestra más grande para poder profundizar y confirmar lo anterior.

Respecto a estrategias de afrontamiento y percepción de su imagen corporal antes de la cirugía y sus tratamientos, no obtuvimos diferencias estadísticamente significativa en la muestra, ni en pasivo ni en activo. Por lo que no podemos afirmar que percibirse “igual” que antes de la cirugía y sus tratamientos pueda estar relacionado con estilos activos de afrontamiento en este grupo de población.

En estrategias de afrontamiento activas y pasivas respecto al momento de ser reconstruidas en ambos grupos de edad, no encontramos diferencias estadísticamente significativas ni en reconstrucción en el momento de la mastectomía, ni en reconstrucción después de la cirugía. Se considero que la reconstrucción inmediata facilitaría y ayudaría a afrontar de una forma más adaptativa (activa) la situación de estrés que esta viviendo. No pudiendo verificar esta hipótesis, ya que los resultados no lo corrobora.

Posteriormente analizamos imagen corporal sobre la variable percepción antes de la cirugía, obteniendo diferencias estadísticamente significativos en los dos grupos de edad. En edad temprana obtuvimos diferencias significativas respecto a la percepción anterior a la cirugía, aunque observamos que 53,3% de grupo muestral consideraban su imagen “mucho mejor que ahora”, un 33,3% “mejor” y un 13,3 % “igual que ahora”. En el grupo de edad intermedia encontramos también valores estadísticamente significativos, observando una mayor puntuaciones en “igual que ahora” 46,6%, seguido de “mejor que ahora” 40% y un valores más bajos “mucho mejor que ahora” 13,3%. Pudiendo concluir que en ambos grupos se ve afectada la imagen, aunque en el grupo de menor edad teniendo en cuenta el proceso de desarrollo en el que se encuentra, posiblemente no tengan una identidad definida y que

estiman con un mayor valor la imagen, afectándoles el cambio físico que produce el cáncer y sus tratamiento de una forma más drástica a su cuerpo, que al grupo de edad intermedia. Ya que en éste se observa un mayor porcentaje de mujeres que perciben su imagen “igual que ahora”, pudiendo corroborar la idea en la que tener una mayor edad, el concepto de identidad está más establecida, la autoestima aumenta, pudiendo verse influencia en la percepción de su imagen corporal en el momento de la enfermedad y no percibirlo tan agresivo a su imagen (Infante, Goñi & Villarroel, 2011).

Sobre imagen corporal y reconstrucción (sí/no reconstruidas), no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas, ni en el momento de ser reconstruidas en los dos grupos. Estos resultados coinciden con estudios (Nicholson, Leinster & Sassoon, 2007; Nissen et al., 2001, como se citó en Rincón et al., 2012) en los que se considera que la reconstrucción mamaria no muestra relación con percepción que tenga la mujer de su imagen, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre mujeres mastectomizadas no reconstruidas, de las reconstruidas tras la mastectomía. No coincidiendo con estos resultados, otros estudios referidos a la reconstrucción mamaria, sostienen que las mujeres que son reconstruidas en el momento de la intervención, presentan una menos afectación de la imagen corporal y una mayor autoestima y bienestar, previniendo la deformidad, (Al-Ghazal, Fallowfield & Blamey, 2000; Arora, et al., 2001; Atisha, et al., 2008; Rubino, Figus, Loretta & Sechi, 2007; como se citó en Rincón, Pérez, Bordas & Martín, 2012; Marín-Gutzke & Sánchez-Olaso, 2010).

En este estudio podemos señalar algunas limitaciones, destacando inicialmente la dificultad en el acceso a esta población y viéndose influenciada en el tamaño muestral del estudio. Otra limitación que podemos destacar y que puede haber influido, fue en el momento en el que fue pasado el cuestionario, ya que el 76,6% de las participantes cumplimentaron el cuestionario en momento de estar recibiendo tratamiento quimioterápico, pudiendo haber influido por variables como el agotamiento, fatiga, dificultad de concentración, aunque los cuestionario fueron rellenados con colaboración y las posibles dudas sobre los ítems fueron abordadas in situ.

Respecto al cuestionario de medida de estilos de afrontamiento, observamos dificultad en la interpretación de algunos de sus ítems, posiblemente por su ambigüedad. Sería interesante poder reformular los ítems de forma más detallada para facilitar su valoración, aunque podría producir incomodidad y malestar en las pacientes al ser más concreto y desglosado. Otra de las limitaciones que pudimos encontrar fue sobre las variables sociodemográficas, al tener una muestra de 30, muchas de las variables (si están o no reconstruidas de la mama, momentos de la reconstrucción, fechas y tiempo de intervención...etc.) presentaban grupos muy pequeños, y no representativos poblacionalmente, además de tener grupos descompensados respecto a las otras categorías, no teniendo suficiente tamaño para realizar un análisis estadístico.

Como sugerencias futuras para continuar con el estudio, en primer lugar sería ampliar el tamaño de la muestra y hacer un muestreo aleatoria, para poder tener resultados más fiables y una evaluación más exhaustiva, donde podamos entrevistar a la paciente y conocer la funcionalidad del rol de las respuestas de afrontamiento, además de conocer si han permanecido siempre en su funcionamiento o si sólo son circunstanciales. Así podremos analizar mejor el estilo afrontamiento en la muestra, pudiendo ser

completado con un estudio pre y post después de haber superado la enfermedad, evaluado mediante un cuestionario. Así podremos observar si permanece o se modifican las estrategias, comprobando que tipos de estilos ante las situación predominan y cuales posteriormente.

En segundo lugar sería interesante poder evaluar a toda la muestra del estudio en un mismo momento de enfermedad, para contar con una mayor homogeneidad, y así poder controlar posibles variables que puedan influir en el estudio y obtener resultados más fiables. Otra sugerencia sería la posibilidad de evaluar el tipo de personalidad, analizar la correlación ante esta situación de la enfermedad y cómo puede influir en la percepción sobre la problemática en la imagen corporal y su cambio respecto al tratamiento. Ya que personalidad puede condicionar el afrontamiento de la enfermedad. Algunos autores identifican estilos de personalidad con la predisposición a estilos de afrontamiento, que pueden influir ante el estrés de la enfermedad y a los cambios que se producen (Rincón, Pérez, Borda & Martín, 2012).

Otro aspecto añadir y que plantearía posibles líneas de investigación en este campo, es la ampliación del concepto de imagen corporal. Las pacientes narraban y destacaban la importancia de la cejas y pestañas, considerándolo como una agresión a su identidad, ya que las cejas marcan la expresión y los rasgos de la cara considerándolo como un cambio físico importante, y que posiblemente cause respuestas emocionales de rechazo hacia sí misma. Sería interesante poder ampliar el concepto de imagen corporal en esta población, y añadir en próximos cuestionarios ítems que valoren estos aspectos, ya que posiblemente no solo se limite a la pérdida del pecho y el cabello, entre otros síntomas.

También sería interesante ampliar este estudio, añadiendo las variables religión y uso de sustancias, ya que de forma subjetiva y narrado por las participantes, observamos una mayor predominancia en edad intermedia sobre la práctica de la religión y en el grupo de edad temprana la toma de sustancias, no siendo así en edad intermedia. Sería interesante estudiar si cumple la misma función (aliviar y calmar) y si no es así, que función cumple en las paciente ante esta situación. Además de la posibilidad de estudiar la relación entre las variables edad y hábitos sociales y culturales nuevos de época.

En conclusión a los resultados obtenidos y a otros estudios realizados en este grupo de población, teniendo en cuenta el aumento de esta enfermedad, sería interesante preparar psicológicamente a la mujer ante los cambios que se van a producir a nivel psicológico, emocional y social, después de la cirugía y sus tratamientos. Así podremos favorecer el proceso de adaptación a todo lo que vivirá posteriormente, ya que un manejo no adaptativo pueda presentar un mayor sufrimiento y de tener más probabilidad de sufrir trastornos, ansiedad, depresión, etc.

En lo referente a la cirugía podría plantearse el aumento en la frecuencia de la reconstrucción mamaria en el momento de la intervención o poco tiempo después, podría disminuir la percepción de pérdida y de deformidad, teniendo en cuenta el criterio de elección de las pacientes. Además de plantear la promoción de la ayuda psicológica si fuera necesario, ya que muchas de las pacientes afirmaban la necesidad de ayuda de un profesional para poder validar sus emociones, narrar su vivencia y aprender estrategias para la resolución de problemas ante esta situación de estrés que están viviendo.

5. Referencias bibliográficas.

- Arbizu, J.P. (2009). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 173-178.
- Asociación Española Contra el cáncer. (2014). Incidencia. Recuperado de: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/incidencia.aspx>
- Baile, J.I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades*, 2, 53-70.
- Barreto P., Pintado S. (2011). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 24 (4), 130-140.
- Barroilhet, S., Forjaz, M. J., & Garrido, E (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(6), 390-397.
- Broche. Y., & Medina, W.R. (2011). Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología, 15. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4068/3/psicologia-com_2011_15_17.pdf
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Carlson, L.E., & Bultz, B.D. (2003). Cancer distress screening: Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 403-409.
- Carver, C.S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Castilla, C., & Vázquez, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2), 385-404.
- Chamizo, C. (2004). La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index de Enfermería*, (46), 40-44.
- Chau, C., Morales, H., & Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología*, 20(1), 93-131.
- Da Silva, M.D., & Villela M. (2003). Representación del cuerpo en su relación consigo mismo después de la mastectomía. *Revista latinoamericana Enfermaren*, 11(3), 299-304.
- Da Silva, M.D., & Villela. M. (2001). Vivenciando los primeros meses del posoperatorio de la mastectomía. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2(1-2), 17-26.
- Díaz, V. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 155-160.

Fantin, M.B., Florentino, M.T., & Correché, M.S. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en humanidades*, 6(11), 163-180.

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

Fernández, C. A., & Flores, A. B. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer Psychological Intervention in Cancer Patients. *Clínica*, 2(2), 187-207.

Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.

Garaigordobil, M., & Durá, A. (2013). Relaciones de autoconcepto y la autoestima con sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y modificación de conducta*, 32(141), 37-64.

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

García-Viniegras, C.R., & Blanco, M.G. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1), 72-80.

Gómez-Campelo, P., Bragado-Álvarez, C., Hernández-Lloreda, M. J., & Sánchez-Bernardos, M. L. (2015). The Spanish version of the Body Image Scale (S-BIS): psychometric properties in a sample of breast and gynaecological cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 1-9.

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal. (2001). A Body Image Scale for use with cancer patient. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197.

Infante, G., Goñi, A., & Villarroel, J. D. (2011). Actividad física, autoconcepto físico y general a lo largo de la edad adulta. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 429-444.

Instituto Nacional de Estadística. (2014). Defunciones según la causa de muerte. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JIn1dkHryi8J:www.ine.es/prensa/np830.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es>.

Iraburu, B., & Mahillo, E. (2008). *Cáncer de mama. Claves y relatos*. Madrid: Siddhart Mehta.

Izquierdo, Á. (2006). Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. *Revista complutense de educación*, 16(2), 601-619.

Krzemien, D., Monchietti, A., & Urquijo, S. (2005). Afrontamiento y adaptación al envejecimiento en mujeres de la Ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria*, 22(2), 183-210.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

López, M.D., Polaino-Lorente A., & Arranz, P. (1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*, 13(10), 423-428.

López, Z.C., González, J.M., Gómez, M.M., & Morales, M.M. (2008). Impacto psicológico y social de la Mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama. *Revista Médica Electrónica*, 30(2), 154-163.

Mansilla, A., & Eugenia, M. (2014). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 105-116.

Marín-Gutzke, M., & Sánchez-Olaso, A. (2010). Reconstructive surgery in young women with breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 123(1), 67-74.

Márquez-González, M., Fernández, M. I., Montorio, I., & Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622.

Martínez, M.R., Méndez, C., & Ballesteros, B. P (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Universitas Psychologica: La Revista*, 3, 231-246.

Martínez, R.V. (2006). Comportamiento del cáncer de mama de la mujer en el período climatérico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 32(3). Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_3_06/gin05306.htm

Melet, A. (2005). Después de la mastectomía: calidad de vida. *Revista venezolana de oncología*, 17(2), 115-119.

Mera, P.C., & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. *Terapia psicológica*, 30(3), 69-78.

Olivares, M. (2007). Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 4(2), 447-464.

Raich, R.M. (2000). ¿Qué es la imagen corporal? *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Raich, R.M (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.

Ramírez-Torres, N., Robles-Robles, A. G., Villafaña-Vázquez, V. H., & Hernández-Valencia, M. (2010). Breast cancer and subsequent pregnancy. Infertility, death risk and survival. *Ginecol Obstet Mex*, 78, 85-93.

Rincón, M.E., Pérez, M.Á., Borda, M., & Martín, A. (2012). The impact of breast reconstruction on self-esteem and body image in patients with breast cancer. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25-41.

Rodríguez, M.D., & Frías L. (2014). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 15(2), 169-185.

Rodríguez, M.J., Esteve, R.M., & López, A.E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345.

Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 17(4), 194-197.

Sebastián, J., Bueno, M. J., Mateos N. (2002). Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 8(2), 137-161.

Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M., Cano-Vindel, A., & Pérez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 259-271.

Vargas-Manzanares, S. P., Herrera-Olaya, G. P., Rodríguez-García, L., & Sepúlveda-Carrillo, G. J. (2011). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 7-24.

Vidal, M.C., López, J.S. (1999). La depresión en cáncer de mama. La consulta Psico-oncológica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 8(2), 10-15.

Anexos

Tabla 1.*Características sociodemográficas de la muestra.*

VARIABLES	Adulthood temprana (N=15)	Adulthood intermedia. (N=15)
Hijos.	Ninguno: 9 (60%) Uno: 4 (26,6%) Dos: 2 (13,3 %) Más de dos: 0	Ninguno: 5 (33,3%) Uno: 3 (20%) Dos: 4 (26,6%) Más de dos: 3 (20%)
Estado civil.	Casada: 7 (46,6%) Soltera: 8 (53,4) Divorciada-separada:0 Viuda: 0	Casada: 8 (53,4%) Soltera: 5 (33,3 %) Divorciada-separada:1 (6,6%) Viuda: 1 (6,6%)
Nivel de estudios.	Estudios primarios: 1 (6,6%) Bachillerato: 3 (20%) Formación profesional: 3 (20%) Diplomatura: 5 (33,3%) Licenciatura: 3 (20%)	Estudios primarios: 5 (33,3%) Bachillerato: 2 (13,3 %) Formación profesional: 4 (26,6%) Diplomatura: 3(20%) Licenciatura: 1 (6,6%)
Situación laboral actual.	Estudiante: 1 (6,6%) Estudiante-trabajo activo: 4 (26,6%) Trabajo activo: 7 (46,6%) Ama de casa: 0 Desempleado: 3 (20%) Jubilado: 0	Estudiante: 1(6,6%) Estudiante- trabajo activo: 1 (6,6%) Trabajo activo: 7(46,6%) Ama de casa: 3 (20%) Desempleado: 1 (6,6%) Jubilado: 2 (13,3%)
Fecha de diagnóstico.	Inferior a un año: 5 (33%) Entre uno y dos años: 9 (60%) Entre tres o más: 1 (6,6 %)	Inferior a un año: 6 (40%) Entre uno y dos años: 3 (20%) Entre tres o más: 6 (40%)
Fecha de intervención	Inferior a un año: 8 (53%) Entre uno y dos años: 6 (40%) Entre tres o más: 1 (6,6%)	Inferior a un año: 3 (20%) Entre uno y dos años: 10 (66,6%) Entre tres o más: 2 (13,3%)
Reconstrucción.	Si reconstrucción: 3 (20%) No reconstrucción: 12 (80%) Durante la mastectomía:2 Después de la mastectomía: 1	Si reconstrucción: 5 (33,3%) No reconstrucción: 10 (66%) Durante la mastectomía: 1 Después de la mastectomía: 4
Percepción de su imagen antes de la cirugía y sus tratamientos.	Mucho mejor que ahora: 8 (53,3%) Mejor que ahora: 5 (33,3%) Igual: 2 (13,3%)	Mucho mejor que ahora: 2 (13,3%) Mejor que ahora: 6 (40%) Igual: 7 (46,6%)

Tabla 4.*Medias de los ítems de la escala de estrategias de afrontamiento. Brief Cope Inventory (BCI)*

Afrontamiento	Ítems cuestionario	Media adultez temprana.	Media adultez intermedia.
<u>Activo</u>			
Activo	2-7	3,60-3,40	3,00-3,37
Planeamiento.	14-25	3,40-2,65	2,00-2,57
Reformulación positiva.	12-17	3,40-3,33	3,47-3,23
Humor.	18-28	2,33-2,40	2,87-6,27
Aceptación.	20-24	2,93-3,37	3,40-3,53
Apoyo emocional.	5-15	3,07-3,33	2,80-3,07
Apoyo instrumental.	10-23	2,67-2,67	2,27-2,67
<u>Pasivo</u>			
Renuncia.	6-16	1,60-1,20	1,40-1,20
Autodistracción.	1-19	1,40-2,63	1,67-3,07
Negación.	3-8	1,93-1,63	1,83-1,43
Religión.	22-27	2,02-2,07	2,47-3,73
Uso de sustancias.	4-11	1,57-2,00	1,03-1,13
Autoculpa.	13-26	1,73-1,33	1,80-1,27
Descarga emocional.	9-21	3,07-3,07	3,20-3,23



Proyecto Fin de Master

Título del Estudio:

Estrategias de afrontamiento e imagen corporal en mujeres mastectomizadas.

Consentimiento informado.

Yo (nombre y apellidos).....

- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He hablado con: **D/Dña: Rocío Delgado Iglesias.**
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que los datos obtenidos son confidenciales, anónimos y sólo será usada para fines de esta investigación.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Gracias por su colaboración en la investigación. Los datos recogidos en este cuestionario serán utilizados únicamente con fines de investigación y destruidos una vez finalizada la misma. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter personal, usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición provistos por la ley.

• **Cuestionario sociodemográfico.**

-Edad: _____

-Estado civil actual:

- Casada.
- Soltera.
- Divorciada/separada.
- Viuda.

-Número de hijos:

- Ninguno.
- Uno.
- Dos.
- Más de dos.

-Nivel de estudios:

- Sin estudios.
- Primarios.
- Bachillerato.
- Formación profesional.
- Diplomatura.
- Licenciatura.

-Situación laboral actual:

- Estudiante.
- Estudiante y trabajador activo.
- Trabajo activo.
- Jubilado.
- Ama de casa.
- Autónomo.
- Desempleada.

- Fecha del diagnóstico: _____

-Fecha de intervención: _____

-Tipo de cirugía realizada: _____

-¿Se le ha intervenido para la reconstrucción de la mama?

- No
- Sí

-Si respondiste si, ¿En qué momento fue?

- Durante la operación de la mastectomía.
- Después de finalizar el tratamiento.
- Otros: _____

¿Cómo percibía su imagen corporal antes del cáncer de seno y sus tratamientos?

- Mucho mejor que ahora.
- Mejor que ahora.
- Igual que ahora.
- Peor que ahora.
- Mucho peor que ahora.

Escala de Imagen Corporal-BIS.**Instrucciones:**

En este cuestionario se le preguntará sobre cómo se siente acerca de su aspecto físico y de los cambios que puedan haberle ocurrido como consecuencia de la enfermedad o del tratamiento recibido. Por favor, lea cuidadosamente cada ítem y marque la respuesta que mejor se ajuste a cómo se ha sentido durante la pasada semana entre 0 y 3.

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

BCS- Estrategias de afrontamiento.

Instrucciones:

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés.

Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras.

Responda a cada uno de los ítems siguientes, rodeando con un círculo el número que corresponda a su respuesta para cada uno de ellos, teniendo en cuenta las alternativas de respuesta que a continuación se indican. Por favor, intente responder a cada ítem separándolo mentalmente de los otros ítems.

(1 = nunca; 2 = a veces; 3 = casi siempre; 4 = siempre).

1. Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por la situación que me está pasando.....1 2 3 4
2. Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación.....1 2 3 4
3. Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mí.1 2 3 4
4. Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor.....1 2 3 4
5. Busco apoyo emocional y afecto de alguien.....1 2 3 4
6. Me doy por vencida o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo.1 2 3 4
7. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación.....1 2 3 4
8. Me niego a creer lo que me está pasando.....1 2 3 4
9. Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación....1 2 3 4
10. Busco ayuda y consejo de otras personas.....1 2 3 4
11. Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla mejor.....1 2 3 4
12. Trato de ser positiva y aprender de las situaciones difíciles.....1 2 3 4
13. Me critico a mí misma ahora más que antes del diagnóstico.....1 2 3 4
14. Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación.....1 2 3 4
15. Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona.....1 2 3 4

16. Admito que no puedo con la situación de cáncer de seno y dejo de enfrentarla.....1 2 3 4
17. Busco algo bueno o positivo de la situación que estoy viviendo.....1 2 3 4
18. Hago bromas sobre lo que me pasa.....1 2 3 4
19. Hago algo para pensar menos en mi situación.....1 2 3 4
20. Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir.....1 2 3 4
21. Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento.....1 2 3 4
22. Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual.....1 2 3 4
23. Busco ayuda de otras personas para saber más de la situación y recibir apoyo.....1 2 3 4
24. Aprendo a vivir con el diagnóstico de cáncer de seno y sus tratamientos.....1 2 3 4
25. Pienso mucho en cuáles son los pasos que tendría que seguir para resolver esta nueva situación de diagnóstico de cáncer de seno.....1 2 3 4
26. Me culpo a mí misma por lo que me pasa.....1 2 3 4
27. Rezo, oro o medito.....1 2 3 4
28. Tomo la situación difícil con humor.....1 2 3 4