

Trabajo de grado para optar por el título de psicólogos

Comprender la vivencia de la imagen corporal en mujeres que fueron diagnosticadas con  
cáncer de mama y que se sometieron a tratamientos con quimioterapia, radioterapia y/o  
mastectomía

Ana María Cardona Betancur

Diego Alejandro Herrera Areiza

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Psicología

Medellín, Colombia.

2018

Comprender la vivencia de la imagen corporal en mujeres que fueron diagnosticadas con  
cáncer de mama y que se sometieron a tratamientos con quimioterapia, radioterapia y/o  
mastectomía

Ana María Cardona Betancur

Diego Alejandro Herrera Areiza

Trabajo de grado para optar por el título de psicólogos

Carmen Natalia Acevedo Mesa

Asesora

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Facultad de Psicología

Medellín, Colombia.

2018

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Fundayama por habernos permitido realizar parte de la investigación. A cada una de las mujeres valientes que hicieron parte de este trabajo, compartiendo sus historias de vida.

Gracias a las dos personas que acompañaron este arduo trabajo, la asesora Natalia Acevedo, por brindarnos todo su conocimiento, apoyo y compañía durante todo el proceso. Y a mi compañero Diego Herrera por su compromiso y dedicación.

Por último, quiero dedicar este trabajo a la persona que lo inspiró, a mi madre. Una mujer que cada día continúa en su lucha para superar esta dura enfermedad. Mi heroína, el motor de mi vida, quien me da un ejemplo de fortaleza, siempre sonriente ante la adversidad.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es comprender la vivencia de la imagen corporal en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que pasaron por el tratamiento de quimioterapia, radioterapia y/o mastectomía. Se realizó un estudio de casos, a partir de entrevistas a tres mujeres, y se establecieron tres categorías de análisis: componente perceptivo, cognitivo/afectivo y comportamental. También se tuvo en cuenta tres categorías emergentes: estrategias de afrontamiento, apoyo y representaciones sociales. Los resultados evidencian que la manera como la persona afronta los cambios físicos que conllevan los tratamientos de esta enfermedad están mediados por sus representaciones sociales de lo femenino, el apoyo que reciben durante su tratamiento y las estrategias de afrontamiento que utilizan para mitigar los cambios corporales en su imagen. Frente a las categorías emergentes, se evidenció que el apoyo y acompañamiento de otros, les ayuda en el proceso de resignificación de la pérdida o modificación de algunas partes del cuerpo. En las representaciones sociales, se refleja la influencia de los estándares de belleza en la manera como se perciben los cambios corporales en estas mujeres. En las estrategias de afrontamiento se identificó que la mayoría estaban dirigidas principalmente a mitigar el cambio en la imagen corporal.

Palabras clave: Imagen corporal, Cáncer de mamá, Feminidad.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to understand the corporal image of women diagnosed with breast cancer who underwent chemotherapy, radiotherapy and/or mastectomy. It has been made a work for these cases, starting in some interviews for three women, and establishment 3 categories of analysis: component, perception, cognitive/affective and behavioral. Also, was considered three categories emerging: coping strategies, support and social representations. The results show that the way the people faces the physical changes that involving the treatments of this disease are mediated by their social representations of the feminine, the support that they recipes during their treatment and the strategies of face that they use to mitigate all the body changes in their image. In front of emerging categories, it was evidenced that the support and the accompaniment of the others helps there in the process of the resignation of the lost or modification in some of parts of the body. In the social representations reflects the influence of the beauty standards in the way how perceived the body changes these women. In the face strategies was identified that most of there were directed mainly to mitigate the change of the corporal image.

Keywords: corporal image, breast cancer, femininity

## Tabla de contenido

Planteamiento del problema.....	10
1. Pregunta de investigación .....	18
2. Justificación .....	19
3. Objetivo General .....	21
4. Objetivos Específicos.....	21
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
5.1 Enfoque .....	22
5.2 Metodología:.....	22
5.3 Instrumentos .....	23
5.4 Unidad de trabajo.....	23
5.5 Unidad de observación.....	24
5.6 Unidad de análisis.....	24
5.7 Población y muestra .....	24
6. MARCO TEORICO.....	25
7. Cáncer.....	25
7.1 Cáncer de mama.....	25
7.1.1 Cáncer de mama no invasivo.....	25
7.1.2 Cáncer de mama invasivo.....	28
7.2 Diagnostico.....	30
7.3 Tratamiento.....	30
7.4 Formas de cáncer de mama poco frecuentes .....	31
8. Imagen Corporal.....	32
8.1 Imagen corporal desde la filosofía .....	32
8.2 Imagen corporal desde la antropología .....	33
8.3 Imagen corporal para la sociología .....	34
8.4 Imagen corporal desde la psicología.....	35
8.5 Componentes de la imagen corporal .....	37
8.5.1 Componente perceptual .....	37
8.5.2 Componente subjetivo (cognitivo-afectivo).....	38
8.5.3 Componente conductual.....	40
8.6 Representaciones sociales como ejes de conducta .....	42
8.7 Apoyo .....	44

8.8	Estrategias de afrontamiento.....	45
8.9	Imagen corporal y cáncer .....	48
9.	Discusión .....	51
9.1	Entrevista 1:.....	51
	Antes:.....	52
	Durante.....	52
	Después .....	56
9.2	Entrevista 2:.....	57
	Antes.....	58
	Durante.....	59
	Después .....	63
9.3	Entrevista 3:.....	65
	Antes.....	65
	durante:.....	66
	Después .....	69
10.	Conclusiones:.....	71
11.	Referencias .....	73

## **Índice de tablas**

Tabla 1: Conductas comunes en personas con trastorno dismórfico .....	41
---	----



**Índice de ilustraciones**

Ilustración 1: El papel de los errores cognitivos en la imagen corporal..... 39  
Ilustración 2: Categorías de la imagen corporal y categorías emergentes ..... 51

### **Planteamiento del problema.**

A nivel mundial, el cáncer es una de las principales causas de fallecimientos de la población. Las cifras muestran que en el 2012 se reportaron 14 millones de nuevos casos y 8,2 fallecimientos a causa de esta enfermedad. De acuerdo con las investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Cáncer (2017), se espera que en las próximas dos décadas los casos aumenten a 22 millones.

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer de mama es el más frecuente, con una prevalencia del 16 % de todos los cánceres femeninos a nivel mundial. Las tasas de fallecimiento de mujeres en el 2004 a causa de este tipo de cáncer fueron alrededor de 519.000, y el 69% de dichas muertes se registraron en países en vía de desarrollo. De acuerdo con los datos suministrados por la OMS, los índices de mortandad varían según el territorio. Por ejemplo, en Europa Oriental, América del Sur, África Austral y Asia Occidental las cifras son moderadas, pero con una tendencia a aumentar. Mientras que en países como África es menor la incidencia con respecto a otros lugares en el mundo, pero esa cifra relación al cáncer de mama tiende a incrementarse. A su vez, los índices de supervivencia están directamente relacionados con el lugar, ya que, en países desarrollados como América del Norte, Suecia y Japón, están alrededor de un 80% o más; mientras que en países con nivel medio de desarrollo se acerca al 60 %. Por el contrario, en países de desarrollo bajo los datos están por debajo del 40% de tasa de supervivencia, lo cual se explica por la deficiencia en los programas de prevención de la salud y por la falla en el servicio de diagnóstico y tratamiento por parte de las entidades prestadoras del servicio de salud, lo cual desencadena que la atención médica a las mujeres se dé en un estado avanzado de la enfermedad. En Colombia, informes del Instituto Nacional de Salud (INS) han reportado 1672 casos confirmados. Los datos corresponden a 26 departamentos de los cuales

Antioquia está a la cabeza, seguida por Valle del Cauca, Bogotá, Norte del Santander, Risaralda y Tolima. (Redacción el Tiempo, 2016).

Teniendo en cuenta el aumento en el diagnóstico, desde varias áreas se han realizado investigaciones que hablan de las implicaciones que tiene en las mujeres ser diagnosticadas con cáncer de mama, pues este no solo impacta la salud física, sino que también altera su apariencia corporal debido a los procedimientos médicos agresivos que la enfermedad requiere para su tratamiento, los cuales son invasivos, produciendo cambios tales como: pérdida de cabello, extirpación de mamas, bajo peso, entre otros impactos físicos (Vieira, Santos, Santos, Giami. 2014). A su vez, dichos cambios físicos afectan no solo la manera de verse en los pacientes sino que también genera cambios en sus relaciones interpersonales. Por otro lado, también suele presentarse una modificación en sus rutinas que afectan cognitivamente al paciente, lo cual finalmente puede conllevar a una problemática en el área emocional en diferentes niveles.

En la actualidad, no solo se estudia el impacto de este tipo de diagnósticos en el paciente, sino que también se habla de una respuesta a dicha enfermedad en la sociedad en general; incluyendo en dichas respuestas las creencias, valores y otros determinantes de las conductas culturales, en donde convergen diversos conocimientos tanto científicos como populares, que conforman las representaciones sociales de una enfermedad (Giraldo y Clara, 2009). El cáncer de mama en la sociedad, generalmente se asocian con cambios negativos en la vida tanto del paciente como de sus familiares, ya que es considerada como una enfermedad incurable que se relaciona habitualmente con la muerte. También, este diagnóstico es comúnmente vinculado con sentimientos de pérdida, dolor, alteraciones en la autoimagen de la mujer, pérdidas emocionales y sociales. (Lima, Ferez y Seixas, 2017; Carvalho, Mesquita, Almeida y Figueiredo, 2005; Die, 2003)

Una investigación realizada por Giraldo y Arango (2009) sobre las representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención de cáncer de mama en Antioquia, entre el 2006 y el 2008, evidenció que esta percepción negativa y catastrófica que tiene la sociedad en general sobre la enfermedad se da como resultado de un desconocimiento colectivo que se presenta desde hace muchos años, lo cual hace más aterrador y dificultoso sobrellevar este tipo de diagnóstico. El cáncer es “la condición más dolorosa, menos entendida médicamente y menos evitable que la enfermedad cardíaca, diabetes o el SIDA”. (Giraldo y Clara, 2009, p. 522)

En palabras de Giraldo y Clara, (2009) ellos refieren a esta enfermedad como:

Una dolencia que preocupa a la sociedad como un todo y una marca social del sujeto (...) Algunos autores observaron que el cáncer de mama es una dolencia que se escribe en lo femenino, pues la figura es el universo de la mujer (28,30). El cáncer de mama imprime en las personas una marca socio-corporal, pues los tratamientos son agresivos para el cuerpo de quien se somete a ellos, tales como las cirugías mutiladoras o la quimioterapia que desfigura a la mujer con la caída del cabello. (p. 522)

Este tipo de tratamientos invasivos, aparte de generar cambios a nivel estético, también impacta a nivel funcional y estructural el cuerpo de las mujeres, comprometiendo órganos principalmente erógenos y atrayentes, lo cual generalmente termina causando afectaciones en el plano afectivo y sexual impactando la autoestima. (Giraldo y clara, 2009)

A continuación, se describen las conclusiones a las que han llegado investigaciones que tuvieron como objetivo analizar el impacto de diversos tratamientos en las mujeres con cáncer de mama:

Blanco – Sánchez, en un estudio de 2010, sobre las vivencias de las mujeres mastectomizadas citan a varios autores que sostienen las implicaciones de realizar a las mujeres este procedimiento quirúrgico, a continuación se mencionan algunos

Maria de Lima C

En nuestra sociedad los senos son considerados, en la construcción del cuerpo femenino uno de los principales cimientos en que se asienta la imagen femenina. Así pues, al extirparse la mama ocurrirá un cambio en la imagen corporal de la mujer, lo que podrá acarrear una disminución de la autoestima, generando sentimientos de inseguridad. (Citado en Blanco y Sánchez, 2010, p. 328)

Neto y Bayes (citado en Blanco y Sánchez, 2010) en dicen que

una mastectomía suele ser un gran sufrimiento para las mujeres jóvenes, ya que tener que asistir a acontecimientos sociales en los cuales se usa determinadas prendas de vestir que no están adaptadas a un cuerpo mutilado [...] entonces, para las mujeres jóvenes son renuncias que han de hacer al comprar ropa interior o de baño adaptadas para el uso de una prótesis, con las cuales no se sienten atractivas ni deseadas. (p. 332)

Por otro lado, Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo, Alvarado (2014) concluyeron en su estudio que la mastectomía afecta profundamente a la autoestima de la mujer, reduciendo su satisfacción por su cuerpo [Su autoimagen]. Una vez que pierde la mama, aparece el proceso de reelaboración de la identidad femenina. Las modificaciones corporales impuestas por la mastectomía provocan cambios en las relaciones sexuales y sociales.

Con relación a la sexualidad femenina, algunos autores proponen que la mujer posee una plasticidad erótica mucho más amplia que la de los hombres, ya que estas tienen una presión más grande con respecto a los estándares de belleza socioculturales, lo que muestra una relación

directa entre la insatisfacción del aspecto físico y las posibles dificultades de la función sexual que puede tener una mujer. Vleira, Santos, Santos, Giami, (2014) Dicen que:

La sexualidad es una construcción psicosocial que comprende aspectos biológicos, culturales, de relación y subjetivos (...) Además de eso, la sexualidad participa de un inter juego entre el sexo, la corporeidad, las normas culturales y el género, a lo largo de la historia individual y colectiva. (p. 409)

En un estudio recopilatorio de la vivencia de la sexualidad de las mujeres después del cáncer de mama en Brasil, mostró que en sus discursos se evidenciaba una dificultad para la sexualidad, pues mostraban indicios de un relato en pasado utilizando términos de antiguamente o antes para referirse a la belleza a su imagen desde lo estético y atractivo. Pero también, en algunas participantes se mostraba una aceptación a su cuerpo y le restaban importancia a lo estético poniendo énfasis a otros factores (Vieira, Santos, Santos, Giami, 2014).

La percepción de sí mismas en la imagen corporal frente a lo estético, bello o atractivo en las mujeres con cáncer de mama no sólo se refieren a la extirpación de los senos, pues los cambios generados por la quimioterapia (principalmente la pérdida del cabello), son asociados a un símbolo de feminidad, lo cual se evidencia en la concepción que las mujeres tienen sobre ello, ya que estas coinciden en que la pérdida del cabello por causa del este tratamiento altera su percepción de feminidad, incluso en algunas de ellas se presenta una disminución de la autoestima y un aislamiento social debido a la creencia de que podía ser identificada como paciente con cáncer [Estigma social] como resultado de su calvicie. No obstante, la mujer tiende hacia la aceptación de esta pérdida y utilizan diversas estrategias para enfrentarlo, tales como: el uso de una peluca [Imagen natural] o el uso de gorros y pañoletas. (Parra, García e Insuasty, 2011)

Se han mencionado diferentes estudios que evidencian la preocupación que existe en las mujeres con cáncer de mama con respecto a su imagen corporal, entendiendo pues dicho termino cómo “una representación del cuerpo y concepto corporal” (Raich, 2000, p. 23) en el libro *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo* propone el término como un constructo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo, la experiencia subjetiva y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones. Thompson (como se citó en Raich, 2004) dice que: “La imagen corporal tiene tres componentes, uno perceptual, uno conductual y uno cognitivo”

Parafraseando a Raich (2000) el hecho de que una persona tenga o no una imagen corporal positiva o negativa de sí misma depende principalmente de dos factores: uno histórico y uno actual. El componente histórico está relacionado con el concepto de belleza cultural, el cual comienza a formarse desde la infancia. La imagen corporal que se debe tener se va creando a partir de los cuentos o relatos en el preescolar, los cuales determinan como se debe y como no se debe ver una persona (lindo-feo). A esto se suma las experiencias interpersonales con la familia, amigos y otros con los que puede interactuar el sujeto, los cuales influyen en la manera como se percibe, ya sea porque son modelos que seguir o porque amplifican los defectos de un sujeto. Por otro lado, están las causas actuales, las cuales se enlazan con el componente histórico de cada sujeto, pero se centra mayormente en cómo se percibe o que sentimientos tiene cada persona en el aquí y el ahora, las cuales afectan las experiencias con relación al cuerpo en la vida diaria

Como se ha descrito anteriormente, la imagen corporal está relacionada con “el ideal estético corporal propuesto por la sociedad” (Raich, 2000, p. 82) , es decir que la estética como canon de belleza está ligada a lo visible y corporal, es por esto por lo que el concepto de cuerpo tiene relación con el contexto, por ejemplo Turner (1989) habla sobre ese cuerpo como una

construcción social, la cual tenía como característica el yo social [Comprendido desde Goffman], siendo este un rasgo necesario de la situación social y la identidad personal; y a la vez un aspecto de la alienación de un sujeto en el ambiente o en la sociedad. En relación con esto, Kogan menciona que el cuerpo es una construcción social desde los comienzos de la humanidad, ya que dicho cuerpo ha sido un receptor de significados que siempre ha jugado una función simbólica. (Kogan, 2003). Por otro lado, para Gadamer la relación entre cuerpo y contexto es entendida a partir de una metáfora del cuerpo como un texto, por tanto, ambos se comprenden a partir del contexto del cual emergen. (Bedoya, 2010)

Bourdieu (2000) dice que

En esta relación de cuerpo y contexto, es el cuerpo un objeto de alienación en el ambiente que está estrechamente relacionado con la estética del cuerpo, pues cuanto mayor sea la diferencia entre el ideal del cuerpo y la correspondencia de miradas o reacciones de otros, mayor serán los sentimientos desagradables, inconformes y de malestar o vergüenza con respecto a dicho cuerpo. (p. 49).

En ocasiones, puede surgir en los sujetos un distanciamiento entre el cuerpo real al que se está atado y el cuerpo ideal al que se intenta aproximar constantemente. Al percibir la necesidad de la atención de los otros para fabricarse, se dirigen frecuentemente en su práctica a la valoración que podrá recibir su cuerpo anticipadamente tanto de su imagen física como de su manera de presentar dicho cuerpo. (Bourdieu, 2000, p. 50)

Diferentes estudios hacen mención de la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas por cáncer de mama y su relación con el contexto. (Die, 2014; Aguilar, Sánchez, Mur, Gómez, 2013). Las investigaciones dan cuenta de que ese ideal de cuerpo de la sociedad está relacionado con la preocupación que se presenta generalmente en las pacientes con cáncer de mama con respecto a las alteraciones físicas que los tratamientos de esta enfermedad conllevan,



pues se inquietan por como las ven los “otros”, siendo estos otros familia, pareja, amigos o sociedad en general. Una de las principales preocupaciones de dichas pacientes son los cambios físicos de la mastectomía, vinculados principalmente a la maternidad y a la identidad sexual femenina. Esta percepción que está centrada en lo estético afecta las prácticas de autocuidado en exámenes preventivos del cáncer de mama, pues las mujeres se centran en una idea de belleza más no de salud. (Aguilar et al, 2013; Da Silva, 2008)

Un estudio realizado en la ciudad de Medellín tendría relación con la propuesta de Gadamer sobre esa correlación entre cuerpo y contexto. Dicha investigación se desarrolló sobre la auto aplicación de estereotipos en un grupo de 19 mujeres sin cáncer de mama, logro dar cuenta que “la satisfacción con la imagen corporal depende de las pautas estéticas preestablecidas. Tener un cuerpo agradable es una exigencia social impuesta por los medios de comunicación masiva”. (Girando y Arango, 2011, p. 195). En esta misma línea, cuando se hablan de moda, es un concepto que tiene relación tanto con los cánones de una estética e imagen del cuerpo, pero también se relaciona con la moda para el vestir, porque los sistemas de tallajes y diseños exitosos se fabrican para mujeres que acomodan su cuerpo a los requerimientos de estos, pues la imitación garantiza la integración a una forma de vida que deriva en aprobación y reconocimiento de la sociedad. (Bedoya, 2010)

No cabe duda de que el asunto de la estética es también una cuestión que atañe a la “apariencia”, al deseo de mejorar la imagen [...] que mueve por igual a todos los actores sociales del mundo urbano de Medellín, sin diferencias en cuanto a estrato socioeconómico o a nivel educativo, la diferencia puede marcarse en la manera como cada uno da respuestas a esas necesidades y al tipo de oferta de que elige. (como se citó en Gonzales, 2011, p. 602).

Para concluir, el cáncer de mama es una enfermedad que va en aumento la cual afecta tanto a pacientes como a la sociedad en general. A partir de ello, se crean representaciones sociales acerca de la enfermedad que se convierten en determinantes de conductas culturales que generalmente están asociados a aspectos negativos que casi siempre afectan la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama, ya que la percepción de su cuerpo está relacionada con los cánones de belleza impuestos por la sociedad, es por ello que el cuerpo se relaciona con el contexto y a su vez en como el sujeto percibe su cuerpo con respecto a ese ideal. Debido a los múltiples cambios en el cuerpo que tienen las mujeres con cáncer de mama como resultado de los tratamientos para su enfermedad, esta investigación tiene como objetivo comprender la vivencia de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama que se han sometido a tratamientos con quimioterapia, radioterapia y/o mastectomía, para ello se utilizará una metodología de estudio de casos para comprender cómo ha sido la experiencia de estas mujeres, donde se analizará la relación entre su discurso y el concepto de imagen corporal tras recibir el diagnóstico y tratamiento para esta enfermedad.

### **1. Pregunta de investigación**

¿Cómo es vivida la imagen corporal en mujeres que han pasado por el tratamiento para el cáncer de mama en la ciudad de Medellín?

## **2. Justificación**

Pese a que la enfermedad de cáncer de mama es un tema importante en la actualidad, desde la psicología no se ha abordado de manera amplia, es por ello que es necesaria la observación empírica que permita una mayor fundamentación teórica, lo que contribuirá a una mejor comprensión de los diferentes fenómenos psicofísicos que impactan a este tipo de población tras el diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad, para así realizar planes de intervención más eficientes, que respondan a la necesidades de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y sus grupos de apoyo.

Por otro lado, este tipo de investigaciones de tipo cualitativas propuestas en el presente trabajo, brindan un espacio a las pacientes para que sus relatos sean escuchados, lo cual permiten un reconocimiento tanto de la comunidad académica como de la sociedad frente a su postura como mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y cómo viven su experiencia frente dicho diagnóstico y sus tratamientos. Con relación a lo anterior, el hecho de que desde la psicología se desarrollen estudios con este tipo de población, permite mejorar el entendimiento del fenómeno y esto a su vez mejora la calidad de los servicios prestados a esta población, lo cual impactaría en la adherencia al tratamiento, afrontamiento de la enfermedad y recuperación de ella.

Es importante abordar la temática del cáncer de mama, ya que como se mencionó anteriormente es una enfermedad que va en aumento y debido a las múltiples afectaciones físicas, sociales cognitivas y emocionales que este tipo de pacientes pueden llegar a presentar. Es relevante hacer un acompañamiento, con el fin de proponer de manera más efectiva y acertada diferentes planes de intervención para impactar de manera positiva y directa la vida tanto de pacientes como de familiares. Por otro lado, el papel que juega la psicología en el ámbito de la

promoción y prevención de la salud es clave para desarrollar un trabajo que permita mejorar las campañas de psicoeducación acerca de la enfermedad; y a su vez, poder impactar en la disminución de las cifras de diagnósticos de cáncer de mama a través del acompañamiento de estrategias preventivas que sean de fácil acceso a la comunidad en general.

### **3. Objetivo General**

Comprender la vivencia de la imagen corporal en mujeres que han pasado por tratamientos para el cáncer de mama.

### **4. Objetivos Específicos**

1. Reconocer desde la psicología los diferentes conceptos relacionados con la matriz de contenido enmarcada en el cáncer de mama e imagen corporal, a través de bases bibliográficas.
2. Describir cómo ha sido la experiencia de las mujeres con cáncer de mama, que se han sometido a tratamientos con quimioterapia, radioterapia y/o mastectomía, a través de un estudio de casos.
3. Analizar la relación entre el discurso de las mujeres con cáncer de mama y el concepto de imagen corporal tras recibir el diagnóstico y tratamiento para esta enfermedad. (Quimioterapia, radioterapia y/o mastectomía).

## **5. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **5.1 Enfoque**

El enfoque cualitativo tiene dentro de sus características principales el estudio de un fenómeno en particular o la comprensión del mundo explicado a partir de la experiencia, el sentimiento, el conocimiento y el relato de cada sujeto. Por otro lado, este tipo de investigación utiliza métodos de análisis flexibles y perceptivos al contexto social en donde la información es producida, en el cual hay una interacción tanto del investigador como del participante. Otra de las principales características del modelo cualitativo está relacionada con la finalidad de la investigación, pues se busca hallar información nueva que permita desarrollar teorías fundadas en lo empírico, que proporcione la expansión, transformación y progreso de esta, brindando nuevas perspectivas sobre el fenómeno que se investiga. (Vasilachis, 2006)

A su vez, el enfoque cualitativo permite hacer un análisis más profundo de la información obtenida, pues no se centra en datos numéricos ni estadísticos, sino que este enfoque se basa en descripciones más detalladas. (Sampieri R, Collardo C, Y Baptista M, 2010).

### **5.2 Metodología:**

La metodología que se va implementar para presente investigación será la fenomenología hermenéutica, pues esta nos dará una comprensión mucho más profunda de lo vivencial (Dilthey, 2000) o de la experiencia (Manen, 2003) que tenga el sujeto frente a una historia en particular. Tanto Dilthey (2000) como Manen (2003) describen la fenomenología hermenéutica como un método para comprender, traducir y entender esa historicidad del sujeto frente a una vivencia o su vida en general, haciendo un énfasis en la comprensión de eso humano. Para Gadamer (como

se citó en Tadeo, 2011) es una forma de clarificar el fenómeno que se intenta interpretar, pero desde el significado que le otorga el sujeto a eso óptico de su experiencia.

### **5.3 Instrumentos**

En la presente investigación se hará uso de tres técnicas para la recolección de datos, las cuales serán: la entrevista semiestructurada, la cual contará con una guía de preguntas abiertas enfocadas a la imagen corporal durante la experiencia personal de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama a tres mujeres entre 30 y 50 años. Por otro lado, también se implementarán grupos de discusión donde se propondrán determinadas temáticas con el fin de ser discutidas entre las mujeres con cáncer de mama y los investigadores, el cual permitirá dar cuenta de sus valoraciones, opiniones y formas de pensar referentes al tema de la imagen corporal. Finalmente, se tendrá en cuenta los posibles documentos personales que contengan información relacionada con la unidad de análisis a los que se pueda tener acceso en esta investigación, en los que se refleje y cuente sus vivencias, experiencias y significados con relación a esta enfermedad. Tales como fotos, diarios, cuentos, poemas etc. Las técnicas mencionadas anteriormente brindaran una mirada al análisis mucho más amplia de la imagen corporal en estas mujeres.

### **5.4 Unidad de trabajo**

Mujeres con cáncer de mama que han tenido el diagnóstico y posible tratamiento de radioterapia, quimioterapia y/o mastectomía.

### **5.5 Unidad de observación**

Se observarán los relatos a partir de la entrevista semiestructurada, documentos personales como fotos, diarios, construcciones literarias, etc. Y, por último, grupos de discusión.

### **5.6 Unidad de análisis**

La unidad de análisis en la presente investigación será la imagen corporal.

### **5.7 Población y muestra**

La población elegida para este estudio serán tres mujeres, las cuales cuenten con un diagnóstico médico de cáncer de mama, y para la muestra se tendrán en consideración los criterios de inclusión tales como: una edad comprendida en un rango entre 25 a 50 años y que dichas mujeres vivan en la ciudad de Medellín.



## 6. MARCO TEORICO

### 7. Cáncer

La OMS define el cáncer como un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

Existen varios tipos de cáncer de acuerdo con la localización o el lugar donde se producen las células tumorales, pero para dar cumplimiento al objetivo, en este caso se centrará la descripción en el cáncer de mama, con información extraída de: *Harrison: Manual de Oncología* del año 2009 de los autores Chabner, Lynch, Longo y Harrison.

#### 7.1 Cáncer de mama.

Según la OMS, el cáncer de mama es una enfermedad que consiste en la aceleración del crecimiento y dispersión de las células, el cual se puede presentar en cualquier parte del cuerpo. Este crecimiento forma un tumor que generalmente afecta otros tejidos cercanos y puede generar una metástasis en zonas alejadas al tumor.

Este se divide principalmente en dos:

##### 7.1.1 Cáncer de mama no invasivo.

La cual comprende dos entidades clínicas diferentes: El carcinoma de los conductos o ductal in situ (CDIS) y el carcinoma lobulillar in situ (CLIS). Donde el CDIS se define como una proliferación neoplásica de las células epiteliales confinadas a los conductos mamaria. El CLIS

se define como una proliferación de las células epiteliales confinadas a los lobulillos mamarios, sin evidencia de invasión a través de la membrana basal. Dado que no son invasivos, ni el CDIS ni el CLIS presentan riesgo de metástasis.

#### ***7.1.1.1 Carcinoma de los conductos o ductal in situ (CDIS).***

Se considera que el CDIS se origina en el epitelio que recubre los conductos de la unidad conducto-lobulillar terminal y posiblemente represente sólo una fase del proceso que va desde la hiperplasia ductal atípica al carcinoma invasivo. El CDIS comprende un grupo heterogéneo de lesiones con patrón histológico, características celulares y comportamiento clínico variables. Las células malignas proliferan hasta obliterar la luz ductal, pudiendo acompañarse de reacción inflamatoria, respuesta estromal o infiltración linfoide en torno al conducto.

Esta puede diagnosticarse antes del advenimiento de la mamografía rutinaria, la mayoría de los pacientes con CDIS se presentaban con una masa palpable, secreción por el pezón o enfermedad de Paget del mismo. A veces, el CDIS era un hallazgo casual en una muestra de biopsia por lo demás benigna. También utilizando la mamografía la cual puede mostrar más detalladamente el tipo de cáncer de mama.

#### ***7.1.1.2 Tratamiento.***

El tratamiento generalmente es una mastectomía o una cirugía conservadora de mama (o mastectomía segmentaria, lumpectomía o resección amplia). El tipo de tratamiento quirúrgico dependerá de la incidencia de multifocalidad (cuando existen dos o más focos separados por 5mm en el mismo cuadrante mamario) o multicentralidad (un foco diferente de CDIS fuera del cuadrante índice) en el CDIS, así como el riesgo de invasión oculta asociada a la enfermedad. También al CDIS no ser una enfermedad invasiva, no se espera afectación de los ganglios axilares; por ello teóricamente el papel de la disección ganglionar axilar es limitado como

tratamiento. Por último, la mayoría de los pacientes con CDIS en las que se realiza un tratamiento quirúrgico conservador reciben irradiación postoperatoria (radioterapia) o también como tratamiento complementario se realiza una terapia hormonal con tamoxifeno.

### ***7.1.1.3 Carcinoma lobulillar in situ (CLIS)***

El CLIS se caracteriza por una proliferación intraepitelial de la unidad conducto-lobulillar terminal. Las células son ligeramente mayores y más pálidas que las que revisten normalmente los acinos, pero se conserva el patrón lobulillar. Las células tienen una morfología homogénea y no presentan cromatina prominente. La razón citoplasma-núcleo es normal con mitosis infrecuentes y sin necrosis. Las células proliferativas no penetran la membrana basal. El diagnóstico del CLIS exige su diferenciación respecto de otras formas de enfermedad benigna y de lesiones invasivas. El CDIS puede extenderse retrógradamente afectando a los acinos, pero tiene una morfología celular anaplásica que permite distinguirlo del CLIS. La distinción con respecto al carcinoma lobulillar invasivo es posible porque el CLIS está contenido dentro de la membrana basal.

Se diagnostica la mayoría de las veces a partir de un hallazgo casual a partir de una biopsia de mama, porque no puede detectarse mediante exploración física ni mamografía.

#### ***Tratamiento***

El tratamiento en la mayoría de los pacientes con CLIS puede tratarse exclusivamente con observación clínica, sin necesidad de la rescisión. La segunda opción terapéutica es la quimioprevención con tamoxifeno y, por último, es tratar a dichas pacientes con mastectomía bilateral profiláctica, aunque esta opción se reserva para las pacientes que tienen otros factores de riesgo adicionales o que presentan una ansiedad extrema con la opción de la observación o la quimioprevención.

### 7.1.2 Cáncer de mama invasivo

Los carcinomas invasivos de mama suelen ser tumores histológicamente heterogéneos. En una mayoría abrumadora, estos tumores son adenocarcinomas que se originan en la parte distal de los conductos mamarios. Hay cinco variantes histológicas frecuentes de adenocarcinoma mamaria.

- a. El Carcino ductal infiltrante: este supone el 75% de todos los cánceres de mama. Esta lesión se caracteriza por la ausencia de características histológicas especiales. Es duro a la palpación de consistencia arenosa al ser diseccionado. Está asociado con Ductal in situ (CDIS) dentro de la pieza quirúrgica. Los carcinomas ductales infiltrantes metastatizan a los ganglios linfáticos axilares con frecuencias. El pronóstico de las pacientes con este subtipo es peor que el de las pacientes con alguno de los otros subtipos.
- b. El carcinoma lobulillar infiltrante: este se observa en el 5% al 10% de los casos de cáncer de mama. Clínicamente, esta lesión se presenta con frecuencia como un área de engrosamiento mal definida dentro de la mama. Microscópicamente se ven células pequeñas dispuestas en una sola fila. Los cánceres lobulillares infiltrantes tienen tendencia a crecer alrededor de los conductos y lobulillos. El pronóstico del carcinoma lobulillar es similar al del carcinoma ductal infiltrante. Además de las metástasis de los ganglios linfáticos axilares, se observa que el carcinoma lobulillar metastatiza a localizaciones infrecuentes, tales como las meninges y membranas serosas, con más frecuencia de los que lo hacen otras variedades de cáncer de mama.
- c. El carcinoma tubular: este representa solo el 2% de todos los carcinomas de mama. El diagnóstico de carcinoma tubular se hace sólo cuando en más del 75% del tumor se demuestran formaciones tubulares. Las metástasis ganglionares axilares son

infrecuentes en este tipo de tumor. El pronóstico del carcinoma tubular es considerablemente mejor que el de otros tipos de cáncer.

- d. El carcinoma medular: este supone el 5% al 7% de todos los tumores.

Macroscópicamente, los carcinomas medulares están bien circunscritos.

Histológicamente, se caracterizan por núcleos mal diferenciados, patrón de crecimiento sincitial, bordes bien delimitados, infiltración intensa con linfocitos pequeños y células plasmáticas y pocos focos o ninguno de CDIS. El pronóstico de las pacientes con este subtipo es favorable sólo si están presentes todas estas características.

- e. El carcinoma colide: este representa aproximadamente el 3% de todos los cánceres de mama. Se caracteriza por una acumulación abundante de mucina extracelular que rodea a los agrupamientos de células tumorales. Presenta un crecimiento lento y tiende a ser voluminosos. Si un carcinoma de mama es predominantemente mucinoso, el pronóstico es favorable.

Otros subtipos histológicos más raros abarcan los subtipos: papilar, apocrino, secretor, epidermoide, de células fusiformes, cistosarcoma filodes y carcinosarcoma. Los carcinomas ductales infiltrantes a veces presentan pequeñas áreas que contienen uno o más de estos subtipos histológicos especiales. Los tumores con estas histologías mixtas se comportan de modo similar al de los carcinomas ductales infiltrantes puros.

## **7.2 Diagnostico**

El diagnostico se realiza a partir de: anamnesis y exploración física, evaluación de una masa palpable, evaluación de las lesiones no palpables y técnica de biopsia de mama. Ya una vez diagnosticado el cáncer de mama, se comienza el plan de tratamiento adecuado incluye evaluar la posibilidad de enfermedad metastásica.

## **7.3 Tratamiento**

El tratamiento de cáncer de mama en estadios iniciales cuando ya se presentan con tumores de menos de 5cm de diámetro y sin evidencia de ganglios enmarañados o fijados. Estas pacientes en estadios iniciales de cáncer de mama son habitualmente tratados con una de las tres opciones quirúrgicas siguientes: a) cirugía de conservación de la mama más radioterapia, b) mastectomía radical modificada o c) mastectomía radical modificada con reconstrucción inmediata o diferida. La decisión de si se realiza una cirugía de conservación de la mama o una mastectomía dependerá de la motivación y la adherencia fuerte al tratamiento por parte de la paciente porque se necesitarán tratamientos de irradiación ambulatoria durante 5 a 6 semanas. La paciente también debe estar dispuesta a aceptar un riesgo del 10% al 12% de tasa de fallo local en la mama conservada. Otros factores que contribuyen a elegir entre el tipo de cirugía son el tamaño de la mama, tamaño tumoral, histología del tumor, multicentralidad tumoral y edad de la paciente. La utilización de quimioterapia neoadyuvante se origina en el tratamiento del cáncer de mama inoperable localmente avanzado o carcinoma inflamatorio.

Cuando el cáncer de mama esta localmente avanzado dado que la cirugía (mastectomía radical), la radioterapia y la quimioterapia por si solas no funcionan se suele utilizar una técnica en “sándwich” donde se comienza con quimioterapia basada en doxorubicina (de cuatro a seis ciclos), seguido de la cirugía. Después de la operación se debe administrar quimioterapia

adyuvante antes de la radioterapia, para evitar interrupción del tratamiento de la enfermedad sistémica, ya que las metástasis a distancia son la forma más frecuente de fallo postratamiento.

#### **7.4 Formas de cáncer de mama poco frecuentes**

En esta misma línea, hay un tipo de cáncer de mama inflamatorio que es una forma infrecuente y agresiva de cáncer de mama localmente avanzado el cual representa del 1% al 6% de todos los cánceres de mama. Las pacientes se presentan eritema, edema y calor local. Para poder hacer el diagnóstico de carcinoma inflamatorio se requiere un inicio rápido de los síntomas (en menos de 3 meses). De hecho, el curso temporal distingue éste del cáncer de mama localmente avanzado con invasión linfática secundaria que de manera general progresa lentamente a lo largo de más de tres meses. El dolor es también una manifestación clínica de presentación en aproximadamente la mitad de estas pacientes. El carcinoma inflamatorio, al igual que otras formas de cáncer de mama localmente avanzado es una enfermedad sistémica, como se demuestra por el insatisfactorio resultado que se obtiene con la terapia local cuando se utiliza como única modalidad de tratamiento. La mediana de supervivencia es de menos de dos años y las tasas de supervivencia a los cinco años no superan el 5%. La terapia combinada en estas pacientes suele mejorar las tasas de supervivencia.

Por último, hay una forma poco frecuente de cáncer de mama que solo supone 0,5% al 1% llamado cistosarcoma filodes. Estos tumores se dan en mujeres a todas las edades, incluyendo adolescentes y añosas, con un pico entre los 35 años a los 55 años. El Cistosarcoma filodes es típicamente bastante grande, con un diámetro medio de 4 cm a 5cm. Dado que de hecho los tumores filodes son indistinguibles mamográficamente de los fibroadenomas, la decisión de realizar una biopsia escisiones se basa usualmente en el gran tamaño del tumor, una historia de crecimiento rápido y en la edad de la paciente.

## **8. Imagen Corporal**

La imagen corporal “se ha definido de distintas maneras en función de la perspectiva bajo la que se ha estudiado y se han utilizado diferentes términos: esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, yo corporal, límites del cuerpo, concepto corporal”. Raich (2000, p. 23)

### **8.1 Imagen corporal desde la filosofía**

De acuerdo con Castro (2016) en la filosofía la imagen corporal siempre se ha abordado desde dos enfoques: El primero se centra en el cuerpo como una máquina y el alma como el pensamiento. Este postulado se apoyada en las ideas de Descartes quien comprendía el cuerpo como una dualidad donde había una separación entre el cuerpo y el alma. Descartes comprende el cuerpo como una máquina que es manejada por el mundo externo, que funciona por sí mismo y que cuando este deja de funcionar es porque una de sus partes se ha corrompido. Y el alma es el pensamiento, que no solo incluye el razonamiento, sino que también las sensaciones de hambre, dolor, amor, etc., forman parte de dicha definición, ubicando el alma en la glándula pineal. Por lo cual para Teresa (2010) este modelo de cuerpo-máquina, termina construyendo corrientes que intentan comprender la máquina en términos de potencialidades y el cuerpo desde lo biológico y la vida en el cuerpo.

El segundo enfoque comprende el cuerpo solo desde su corporeidad o en otras palabras desde la estética. Esta mirada al cuerpo se comienza a observar desde los egipcios y los griegos, pues uno de sus objetivos era encontrar la proporcionalidad estética o el canon de belleza. En el cristianismo el cuerpo era una máquina perfecta, dotado de belleza natural pues estaba hecha a imagen y semejanza de Dios. No obstante, en la filosofía la estética no se ha trabajado en gran medida, pues dicho término ha jugado un papel más importante en la sociología y la antropología, que se retomarán más adelante.



En la actualidad, la imagen corporal filosóficamente se ha estudiado desde un enfoque fenomenológico. Merleau-Ponty (como se citó en Morales, 2017)

Propone un aprendizaje cuyo sentido y dirección sea recorrer la distancia entre la forma y su fondo trabajando laboriosamente en la materia sensible. [Esta] abre un nuevo enfoque para que el sujeto se enfrente a sí mismo en la desnudez que proporciona el fenómeno del cuerpo, como imagen esquemática a la que hay que encarnar [y su vez] este aprendizaje no se adquiere situando al investigador como a un espectador al que le cuentan qué es lo que sucede afuera de sí mismo, sino dentro de una existencia que es la suya y de la que debe apropiarse de nuevo al intensificar sus percepciones y la vitalidad que éstas conllevan. (p. 68)

## **8.2 Imagen corporal desde la antropología**

El estudio de la imagen corporal en la antropología permite identificar particularidades de un pueblo, sus concepciones culturales más profundas, como el ordenamiento del cosmos y la representación que tiene de sí mismo. De acuerdo con Aguado (2004) es precisamente aquí donde en la antropología la imagen corporal se construye, a partir de las prácticas ritualizadas que involucran la resolución de las llamadas “necesidades naturales”, donde también a partir de lo vivencial se le asigna significado al cuerpo; construyendo así una imagen corporal que da cuenta de nuestra cosmovisión. Estas ritualizaciones dependerán de los contextos históricos y culturales determinados y a partir de estos se articulan filogenéticamente en un concepto de cuerpo específico que se construye a partir de evidencias culturales y que se organiza en relación con una determinada visión del mundo.

Es entonces la imagen corporal una institución de la identidad y a su vez medio y fin de la cultura, sujeto y objeto privilegiado en el proceso, donde los individuos se incorporan a la cultura y la cultura pasa a formar parte integrante del sujeto. (Aguado, 2004. p, 32)

En esta misma línea Aguado (2004) dice que:

Estudiar el cuerpo humano en su dimensión antropológica pasa por la comprensión de los procesos que le asignan significado -que comprendemos como procesos ideológicos- y por el entendimiento de la relación entre identidad y cuerpo humano en sus referentes culturales, dentro de un contexto histórico y social concreto. (p. 32)

Por otro lado, Castro (2013) dice que la imagen corporal también ha sido retomada por la antropología física para entender la complejidad de la corporeidad humana, donde se intentan abordar los componentes perceptuales y los componentes subjetivos para comprender la corporeidad como mente y cuerpo biológico, determinado por la experiencia de vida y el entorno sociocultural y toda la construcción que se realiza de la imagen corporal en torno a esto, siendo entonces una antropología que va muy de la mano con la psicología.

### **8.3 Imagen corporal para la sociología**

En la sociología el concepto de imagen corporal va más allá de los límites del cuerpo (entendiendo éste sólo como algo físico), puesto que uno de los componentes de esta imagen corporal es el subjetivo, el cual depende de una construcción social del cuerpo. En palabras de Turner (1984) el cuerpo como una construcción social. Por tanto, dentro de esta esfera, se puede hablar entonces de una imagen corporal deseada o ideal que sale de un contexto social influenciado por estándares de belleza.

De acuerdo con Kogan (2003) el capitalismo tardío es donde se formará una necesidad constante en torno a la corporalidad y donde finalmente los estándares de belleza a partir del cuerpo físico y de adornos corporales se impondrán socialmente como una necesidad para algunos grupos sociales y se colocarán en el sujeto como un proyecto de vida en un intento narcisista de buscar un cuerpo que esté acorde a los estándares del momento.

Mencionando que a partir de diferentes esferas públicas son construidas las imágenes corporales deseables o ideales, donde se van a recomendar formas para trabajar esos cuerpos. No obstante, es importante antes de esto, mencionar que esta idea de cuerpo nace cuando surge el concepto de moda o el imperio de lo efímero (Lipovetsky, 1990) ya que a partir de este momento, los adornos corporales que “embellecen” el cuerpo, surgen con mayor fuerza, potenciados y mostrados como una necesidad por los medios de comunicación, donde se comenzarán a mostrar modelos de adorno corporal que serán adoptados y desechados permanentemente por los diversos grupos sociales (Kogan, 2003).

#### **8.4 Imagen corporal desde la psicología**

Schilder (1983) hace una de las primeras definiciones de la imagen corporal, es “una representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece” (p. 15). Slade (como se citó en Slade, 1994) hace una definición más completa de imagen corporal colocándola como representación mental y definiéndola como “The picture we have in our minds of the size, shape and form of our bodies; and to our feelings concerning these characteristics and our constituent body parts [La imagen que tenemos en nuestra mente del tamaño, apariencia y forma de nuestro cuerpo; y a su vez los sentimientos concernientes a esas características y a cada parte del cuerpo] (p. 497). Por otro lado, para Pruzinsky y Cash (como se citó en Ayensa, 2003)

Existen varias imágenes corporales interrelacionadas: una imagen perceptual que se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes. Una imagen cognitiva que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo. Una

imagen emocional que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo. (p. 6)

Para estos autores la imagen corporal está socialmente determinada; no es algo fijo o estático, sino más bien un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las experiencias e influencias sociales.

Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) incluyen el factor evolutivo asociado a este constructo, los autores hacen referencia a la construcción de la imagen corporal de manera progresiva con relación a las diferentes etapas de la vida, donde se va interiorizando las experiencias con el cuerpo. Alrededor de los 4-5 meses de nacidos, los bebés comienzan a diferenciar entre sus propios cuerpos, los objetos extraños y sus cuidadores, cuando tienen 12 meses de vida, empiezan a caminar y examinar su entorno. Los niños con edades entre 1 y 3, desarrollan la capacidad motora y el control de esfínteres, lo que les permite una mayor relación entre el cuerpo y el ambiente. Entre los 4 y 5 años se da inicio a la utilización del cuerpo por parte de los niños para hacer una descripción de sí mismos y vivenciarlo en su imaginación, integrando a esta acción el sentido de la visión, del tacto y el sistema sensoriomotor. En la adolescencia la vivencia del cuerpo se da como un origen de identidad, autoestima y concepto de sí mismo, esta etapa se caracteriza por la auto evaluación, una acción de comparación con los demás, a partir del desenvolvimiento social que puede originar una alta o baja satisfacción corporal.

En la misma línea, Borda, Santos, Martínez, Meriño, Sánchez y Solano (2016) dicen que:

en la adolescencia, etapa de profundos cambios físicos y emocionales en el ser humano, se desarrolla un gran interés por la imagen corporal, y se observa que la percepción de esta puede estar distorsionada por un conjunto de factores de riesgo propios de la adaptación o desadaptación de los adolescentes a su ambiente. (p. 473)

Pese a que se ha mencionado anteriormente ciertas conceptualizaciones acerca de la imagen corporal desde la psicología, dicho concepto es rara vez estudiado desde la corriente teórico cognitivo conductual; por ello para el presente trabajo retomaremos los estudios realizados por Rosa Maria Raich, doctora en Psicología y catedrática de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), la cual en su libro *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo* Raich (2000) propone una definición integradora donde incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo, la experiencia subjetiva y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones. Esta autora, propone que la imagen corporal está conformada por tres componentes: perceptual, subjetivo o cognitivo/afectivo y conductual. Pero también describe los posibles trastornos de la imagen corporal que se pueden dar en un sujeto con relación a cada componente.

### **8.5 Componentes de la imagen corporal**

En el libro *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo* se amplía la conceptualización tanto de los tres componentes a partir de Thompson (1990, citado por Raich, 2000) como de las distorsiones o trastornos de cada uno de ellos:

#### **8.5.1 Componente perceptual**

Este se relaciona con la percepción acerca del tamaño y forma de cada parte de cuerpo; haciendo referencia a la exactitud con la que se percibe el tamaño corporal de algunas o todas las partes del cuerpo.

##### **8.5.2.1 Distorsiones perceptuales**

Cuando se presenta una alteración de este componente, suele presentarse una sobreestimación (percibir las partes del cuerpo en un tamaño mayor a que realmente tiene) o subestimación

(percibir las partes del cuerpo en menor tamaño al que realmente es). Con respecto a la sobreestimación se ha evidenciado que es frecuente su aparición en los trastornos alimenticios.

Dichas alteraciones del componente perceptual se presentan cuando un sujeto percibe algún defecto suyo como más grande, más acentuado o más irregular de lo que realmente es. Por ejemplo, en la actualidad las mujeres se perciban a sí mismas con un peso mayor del que realmente tienen. Es frecuente que esta distorsión perceptual sea fluctuante, es decir que un día el sujeto se puede percibir como bello y al siguiente día se perciba de manera contraria (feo).

Uno de los principales enfoques de estudio que se le ha dado a las alteraciones perceptuales es en los trastornos alimenticios, pero para efectos de este trabajo se retomarán dichos estudios para comparar los efectos que puede tener los cambios corporales en las personas, en este caso principalmente con un diagnóstico de cáncer de mama. En estos estudios, se ha llegado a concluir que las personas diagnosticadas con anorexia nerviosa tienden a tener fallas en la percepción, con relación a su propio cuerpo que se evidencia en la falta de capacidad para aceptar las medidas corporales. Teniendo en cuenta las múltiples percepciones que hay entre un sujeto y otro, se creó un índice de distorsión, dando como resultado la evidencia de que este tipo de pacientes exageran el rango de sus medidas corporales.

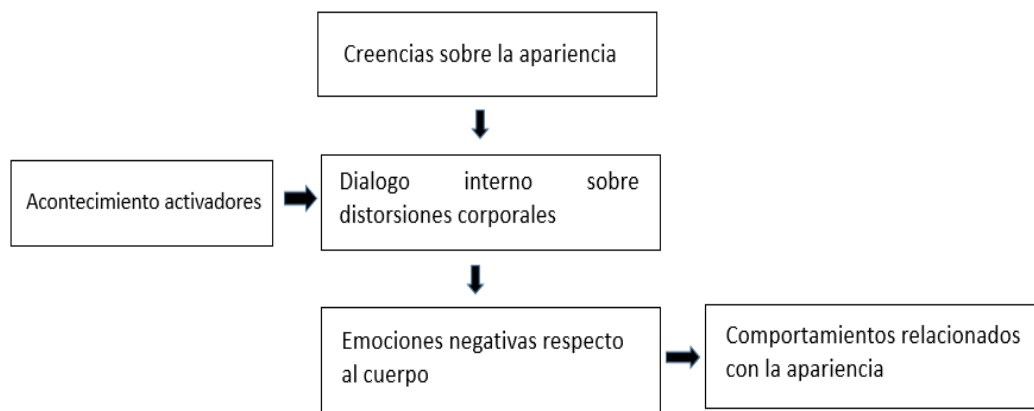
### **8.5.2 Componente subjetivo (cognitivo-afectivo)**

Incluye dos variables: a) imagen cognitiva referida a los pensamientos, actitudes, creencias, cogniciones y evaluaciones que provoca el cuerpo, especialmente con relación al tamaño, peso u otro aspecto asociado a la apariencia física. b) la imagen emocional que se refiere a los sentimientos de cada persona frente al grado de satisfacción de su apariencia física, con relación

a las vivencias que brinda el propio cuerpo, ya que la imagen corporal reúne experiencias placenteras, displacenteras, de satisfacción, de desazón, ira, impotencia, entre otras.

### ***8.5.2.1 Distorsiones o errores cognitivos de la imagen corporal***

Las cogniciones sobre la apariencia pueden hacer parte de errores cognitivos o distorsiones en la manera como un sujeto interpreta un suceso, pues generalmente esa interpretación está sesgada hacia la crítica de un defecto corporal que generalmente se da de manera interna e inconsciente, el cual hace que la persona se sienta mal, lo que impacta en su confianza a la hora de actuar. Aquí se muestra un modelo explicativo de cómo se dan dichos errores cognitivos: (Raich, 2000, p. 33)



*Ilustración 1: El papel de los errores cognitivos en la imagen corporal*

Las distorsiones cognitivas también afectan el componente afectivo, dado que ayudan a gestionar emociones negativas, lo cual a su vez lleva al sujeto a actuar de manera equivocada. Estas distorsiones generalmente van acompañadas de un sentimiento de desvalorización de su aspecto físico, o en otros casos cuando se presenta sentimientos asociados al miedo,

desesperanza, tristeza, sentimientos de vergüenza, ira, enojo, desesperación, frustración, desesperanza, impaciencia, agitación o preocupación, entre otros.

### **8.5.3 Componente conductual**

Este es basado en aquellas conductas que se originan a partir del concepto sobre la forma del cuerpo (percepción) y el nivel de satisfacción con respecto a éste (sentimientos). Estas conductas se pueden manifestar en la exhibición, evitación, comprobación, rituales o camuflaje del cuerpo, entre muchas otras. En otras palabras, son las conductas que un sujeto puede tener como consecuencia de determinada percepción y emociones que despierten el cuerpo en él.

En este componente, los trastornos en la imagen corporal son: Dime, dime espejito, ¿quién es la más bella?: Este tipo de sujetos organizan su vida entorno a su preocupación corporal, realizando conductas que generalmente son repetitivas o requieren gran cantidad de tiempo, lo cual impacta otras esferas de su vida, tales como limpieza y aseo excesivo, largos rituales de belleza como probar muchos tipos de peinados o cambiarse frecuentemente de prendas de vestir, mirarse al espejo continuamente o por el contrario evitar mirarse en él. O simplemente evitando situaciones sociales en las que el sujeto cree que será rechazado por su aspecto físico. Este tipo de conductas tienden a ser reforzadas por los sujetos cuando evitan la situación desagradable de manera repetitiva pues este tipo de conducta tiende a reducir el malestar.

En el siguiente cuadro sacado del libro de Raich (2000) se encuentran las conductas más comunes en este tipo de trastornos:



Conductas	Porcentaje de personas que sufren trastorno dismórfico con esta conducta
Comparar el propio cuerpo con el de otros/escudriñar la apariencia de los otros.	91
Comprobar la apariencia en espejos y otras superficies reflejantes	84
Camuflar	84
- Con ropas	48
- Cambiado la posición	44
- Con maquillaje	35
- Con la mano	23
Con cirugía estética, dermatología u otros tratamientos médicos	72
Preguntando o buscando confirmación de que no es evidente o bien convenciendo a los demás que el supuesto defecto es importante	42
Arreglo excesivo: peinarse, ponerse maquillaje, afeitarse, cambiarse de ropa...	35
Evitar mirarse al espejo	35
Tocar el defecto	33
Apretar o tocarse la piel	27
Otros comportamientos repetitivos	27

Tabla 1: Conductas comunes en personas con trastorno dismórfico

## **8.6 Representaciones sociales como ejes de conducta**

Para Araya (como se citó en Ossa, 2012)

Las representaciones sociales son conjuntos dinámicos. Su característica es la producción de comportamiento y de relaciones con el medio, es una acción que modifica a ambos y no una reproducción de esos comportamientos, o de estas relaciones, ni una reacción a un estímulo dado. En este sentido se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y hombres actúan en el mundo (pág. 44)

A partir de lo anterior se puede comprender que las prácticas que tienen que ver con el comportamiento de la mujer en cuando a la feminidad, ósea la representación social, se dan de acuerdo con las demandas sociales, que conllevan a la aceptación de comportamientos que estén acordes con una idea común que esta relaciona con el género. (Ossa, 2012) Por tanto, un cambio en la representación implicaría modificaciones de ciertos comportamientos y la comprensión de las vivencias.

Abric (como se citó en Ossa, 2012) Propone cuatro funciones fundamentales de las representaciones sociales, las cuales participan de la dinámica de las relaciones y las prácticas sociales:

- Función de saber: es que tanto permite la comprensión y explicación de la realidad
- Funciones identitarias: que definen la identidad y permiten la salvaguarda de la especificidad de los grupos, no obstante, es mencionar que dentro de estas entran lo que se nombra como femenino y masculina (identidad de género)

- Funciones de orientación: estas dan lugar a los comportamientos y las prácticas, al generar un sistema de anticipaciones, normas implícitas, prescripciones, expectativas y sentidos a priori de las situaciones.
- Funciones justificadoras: indican que después de una acción se permiten la justificación a posteriori de las posturas y los comportamientos. En otras palabras, es la perpetuación de las conductas y justificación de esas construcciones.

En el tema de las representaciones sociales, hay una en específico que es la feminidad.

Parafraseando a Ossa (2012) define este concepto como un conjunto de cualidades que son expresadas en las prácticas y comportamiento de las mujeres, o al menos que les dan a éstos un carácter que diferencia a las mujeres de los hombres. Esta no es simplemente comprendida culturalmente como exigencia de prácticas que estén acordes con el sexo femenino (función de saber), sino que ha traído consigo la necesidad de que las mujeres respondan a esas demandas. Es cuando ya entran en esta realidad y comienzan una comprensión de ella (funciones identitarias) comienza a adaptar estas prácticas que están orientadas a cumplir con esos pedidos (función orientadora). Ossa (2012) en el trabajo de campo exploratorio de su tesis de maestría de *“Representaciones sociales acerca de la feminidad entre mujeres estudiantes universitarias y trabajadoras”* encuentra comentarios en las mujeres como: “debo estar muy bien organizada”, “debo ser delicada, tierna, sensible”, “mis comportamientos denotarán que soy una mujer femenina, por tanto, mi caminar, mi porte corporal y todo lo que haga deberá ser evidencia de ello”.

## **8.7 Apoyo**

Se habla del cáncer como una enfermedad familiar tanto por la gran carga hereditaria que ella tiene, y a su vez por el impacto simbólico que ello genera en la familia. Es por esto por lo que “El familiar del paciente oncológico cumple un papel protagónico en la experiencia del cáncer y de la quimioterapia. Se trata de personas que, por lo general, pertenecen al núcleo familiar del paciente: los padres, los hermanos, la pareja o los hijos”. (Palacio y Gonzales, 2015, p. 502)

Los familiares encargados del cuidado de un paciente con cáncer cumplen diferentes roles; desde el acompañamiento hasta un completo rol de contención en el afrontamiento del cáncer, lo que genera una implicación afectiva y emocional entre paciente y cuidador.

Posterior a el diagnóstico del cáncer, comienza toda una suma de esfuerzos por luchar esa enfermedad asociada generalmente con muerte. Generalmente, de forma rápida se activa la red de apoyo familiar, cuya dinámica va desde brindar acompañamiento al paciente hasta recibir apoyo entre los mismos miembros de la familia.

Otro tipo de apoyo importante tanto para la familia como para los pacientes de cáncer son las ayudas religiosas, pues cada integrante de la familia cuenta con determinados materiales para la construcción y consolidación tanto a nivel familiar como individual de: “creencias religiosas y populares, tradición y espiritualidad”. (Palacio y Gonzales 2015, p. 509)

Estas creencias mencionadas anteriormente incluirían: “la realización de prácticas religiosas, rituales y la firme convicción en el poder y la palabra de Dios”. (Palacio y Gonzales 2015, p. 510)

Esa entidad religiosa toma gran importancia ya que implica en el sujeto “una convicción fundamentada en creencias mágico-religiosas. La convicción en que uno puede controlar o tener

algún grado de control en lo que viene relacionado con la enfermedad. Es un paliativo que permite tener la ilusión de que el sufrimiento no será tan intenso”. (Palacio y Gonzales 2015, p. 510)

### **8.8 Estrategias de afrontamiento**

Para Lazarus y Folkman (1984, como se citó en Jorques, 2015) el afrontamiento puede definirse como “aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales en el intento de manejar (reducir o tolerar) las situaciones que se valoran como estresantes, desbordantes o que ponen a prueba los recursos de una persona” (p.35). Dicho concepto se ha dividido en:

a. afrontamiento centrado en el problema: está dirigido a transformar aquello que origina el estrés en el entorno. Generalmente se da cuando el sujeto cree tener algún tipo de control sobre la situación, en la cual puede realizar un cambio. Se incluyen estrategias como: la gestión de los aspectos externos de un estresor, la búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, y planificación en la solución de problemas.

b. Afrontamiento centrado en la emoción: este se relaciona con el alivio o disminución del malestar generado por la situación estresante, con el fin de transformar la interpretación de una emoción, eligiendo aspectos a los que prestar más importancia o cambiando su significado. Suele presentarse cuando el sujeto no siente que tiene un control sobre la situación estresante. Este incluye estrategias como: el distanciamiento, el autocontrol, el escape o evitación y la reevaluación positiva.

Los esfuerzos conductuales de afrontamiento serían más útiles para controlar el estrés, mientras que los esfuerzos psicológicos cognitivos lo serían para el control de las consecuencias emocionales.

Otros autores hablan de las estrategias de afrontamiento con relación a la enfermedad, por ejemplo, el Modelo de Lipowski (1970) que propone el afrontamiento como a las acciones

cognitivas y motoras que un sujeto enfermo usa para preservar su bienestar físico y mental, con el fin de “para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible” (Lipowski, 1970, como se citó en Jorques, 2015). El sujeto hace un esfuerzo de adaptación ante el estrés que genera una enfermedad física, el cual, cuando es positivo, genera un crecimiento tanto a nivel emocional como personal, pero si el sujeto ha de fallar en este esfuerzo de adaptación incrementará su nivel de molestia y distrés psicológico.

Lipowski (1970) menciona que: el afrontamiento de la enfermedad incluye tanto factores de la misma enfermedad (tipo, localización, grado de reversibilidad, evolución, etc.), como también factores de la persona (edad, personalidad, valores, creencias, fuentes de gratificación, etc.) las cuales van constituyendo el significado que el paciente le da a su enfermedad, influenciado a su vez por el contexto sociocultural y los factores socioambientales.

“Lipowski define dos tipos de afrontamiento constituidos por diferentes estrategias: estilo de afrontamiento cognitivo (minimización y vigilancia) y estilo de afrontamiento conductual (aproximación, capitulación y evitación). Las estrategias asociadas a un mejor resultado serán las vinculadas a la percepción de la enfermedad como un reto o valor, y peor resultado a la percepción de daño o pérdida”. (Jorques, 2015, p. 40)

Por otro lado, los autores Moos y Schaeffer (1984) proponen un modelo de afrontamiento a la enfermedad crónica de ocho categorías los cuales incluyen las formas más habituales de estrategias de afrontamiento que se dan en el enfermo. Al igual que Lipowski, estos autores mencionan que las estrategias de afrontamiento están sujetas a las variables de la persona, el ambiente, la sociedad y el tipo de enfermedad.

Las estrategias de afrontamiento propuestas por estos autores son divididas según la función:

1. Dirigido a la evaluación: para dar sentido a la crisis, por ejemplo, el análisis lógico y preparación mental, la redefinición cognitiva y la negación.
2. Dirigido al problema: búsqueda de información y apoyo, acciones para solucionar el problema y la identificación de recompensas alternativas.
3. Dirigidas a la emoción: como la regulación afectiva, la descarga emocional y la aceptación resignada).

Estos autores presentan un modelo de evaluación y afrontamiento de la enfermedad física grave entendida como crisis vital, la cual dará lugar a una serie de tareas de adaptación generadoras de habilidades de afrontamiento. En este proceso de evaluación cognitiva y elección de estrategias también intervienen otros factores, como las variables personales y demográficas, ambientales y sociales, y las características propias de la enfermedad.

Los autores también mencionan unas tareas de adaptación, que se manifiestan en el sujeto como respuesta a la enfermedad, las cuales serían las que luego generan las habilidades de afrontamiento en el enfermo. Estas son:

- Manejo del dolor, de los síntomas que generan la enfermedad y de la incapacidad que esto puede conllevar.
- Manejo del tratamiento y del ambiente hospitalario.
- La relación con en el equipo de especialistas de la salud que tratan su enfermedad.
- Mantenimiento del equilibrio emocional.
- Mantenimiento del sentido de autocompetencia, de dominio, y de la autoimagen.
- Mantenimiento de las relaciones familiares y sociales.

Según las definiciones de estrategias de afrontamiento anteriormente planteadas, en el contexto de la enfermedad del cáncer se refirieren a “las respuestas cognitivas, conductuales y afectivas que se desencadenan en los pacientes ante el diagnóstico de cáncer, la valoración que hace el individuo de la enfermedad y la reacción que esto provoca para reducir la amenaza percibida”. (Jorques, 2015, p. 64)

### **8.9 Imagen corporal y cáncer**

Como se ha visto según la OMS, el cáncer de mama es una enfermedad que consiste en la aceleración del crecimiento y dispersión de las células. Debido a que es una enfermedad crónica y con altas tasas de mortalidad, los tratamientos para esta generalmente son fuertes, pues consisten principalmente en: mastectomía, radioterapia y quimioterapia dependiendo del tipo de cáncer. Estos tratamientos generan cambios significativos en la vida de los pacientes, pues no solo afectan la salud física, sino que también altera su apariencia corporal, como por ejemplo con la pérdida de cabello, la extirpación de mamas, el bajo peso, entre otros. Estos cambios a nivel físico afectan cognitivamente al paciente, lo cual finalmente conlleva a una afectación en el área emocional y conductual. (Vieira, Santos, Santos, Giami. 2014).

Cuando se habla de los cambios físicos nos remitiremos al concepto de imagen corporal, definido como “una representación del cuerpo y concepto corporal” (Raich, 2000). Dicho concepto contiene tres componentes: el perceptual que se relaciona con la noción que se tiene del propio cuerpo, principalmente con respecto al tamaño y forma de cada parte que lo compone. Otro componente es el cognitivo-afectivo que incluye tanto los pensamientos, actitudes, creencias, cogniciones y evaluaciones que provoca el cuerpo en un sujeto, como también los sentimientos con relación a la satisfacción de su propia apariencia física, con relación a las experiencias vividas. Y, por último, el componente conductual que está ligado a la percepción y



los sentimientos que un sujeto puede tener frente a su cuerpo, las cuales conllevan a consecuencias directas en diferentes conductas de dicho sujeto.

Existe evidencia empírica acerca de la preocupación que tienen las mujeres con cáncer de mama con relación a las alteraciones corporales que el tratamiento para esta enfermedad conlleva, aquí se mencionan dos cambios que tienen una cercana relación con la feminidad, los cuales son la pérdida de cabello y/o extirpación de busto. Estas pérdidas corporales pueden desencadenar en las pacientes alteraciones en la autoestima y/o presentar conductas de aislamiento social. (Parra, García e Insuasty, 2011). Varios estudios han trabajado sobre la temática de la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas por cáncer de mama y la relación de esos cambios con el contexto. (Die, 2014; Aguilar, Sánchez, Mur, Gómez, 2013). Dichos estudios como resultado han identificado que el ideal del cuerpo que se tiene en la sociedad impacta a los pacientes con cáncer respecto a su preocupación por los cambios físicos que conlleva el tratamiento de esta, pues se inquietan por la manera como las personas a su alrededor van a percibir dichos cambios corporales. Una (Aguilar et al, 2013; Da Silva, 2008)

Las preocupaciones con respecto a sus cambios en el aspecto físico en las pacientes con cáncer de mama pueden llegar a desencadenar diferentes trastornos de la imagen corporal, tales como distorsiones perceptuales que consistirán principalmente en percibir un defecto físico más grande, más acentuado o más irregular de lo que realmente es. También se puede ver afectada la cognición de las pacientes debido a distorsiones en el pensamiento o cómo creencias o expectativas desafortunadas. Y, por último, la conducta es otro componente de la imagen corporal que se puede afectar debido a que las personas organizan su vida en relación con su preocupación corporal. Generalmente esto se presenta cuando se dan conductas repetitivas o requieren gran cantidad de tiempo lo que afecta otros aspectos de la vida del sujeto. También se

puede presentar conductas evitativas, las cuales generalmente están ligadas a situaciones sociales, en las que la persona piensa que no será aceptado debido a su apariencia física. Raich (2000)

El trabajo de recolección de datos fue realizado con la población de la organización privada sin ánimo de lucro **Fundayama** ubicada en el barrio Boston en la ciudad de Medellín, la cual presta servicios de educación, orientación, apoyo y acompañamiento a personas diagnosticadas de cáncer; a su grupo familiar y acompañantes, para que estos mejoren su calidad de vida y fortalezcan su integración familiar, laboral y social. También se realizan trabajos con la población sana, buscando despertar el interés, la autoevaluación y el autocuidado por medio de campañas de sensibilización y promoción para la detección temprana del cáncer, procurando así el bienestar y la tranquilidad de los asociados y la población en general.

Los objetivos de la fundación son:

1. Promover, impulsar y desarrollar programas, proyectos y actividades, para crear conciencia de la importancia de la detección temprana del cáncer y el acceso oportuno al tratamiento.
2. Suministrar información, orientación y acompañamiento a las personas con diagnóstico de cáncer, su grupo familiar y acompañante, para el desarrollo de capacidades y habilidades, que les permitan adaptarse de manera positiva a las exigencias y retos que surgen de su condición de salud.
3. Trabajar en forma conjunta con otras entidades u organismos públicos o privados, nacionales o internacionales, cuyo objeto social sea similar o complementario al de la fundación, para la implementación de programas de investigación y la ejecución de acciones legales que promuevan el desarrollo social de la fundación.

## 9. Discusión

A partir de las entrevistas realizadas a E1, E2 y E3 se describe la vivencia de la imagen corporal, desglosadas en las tres categorías iniciales y como resultado del trabajo se destacan algunas categorías emergentes (apoyo, estrategias de afrontamiento y representaciones sociales).

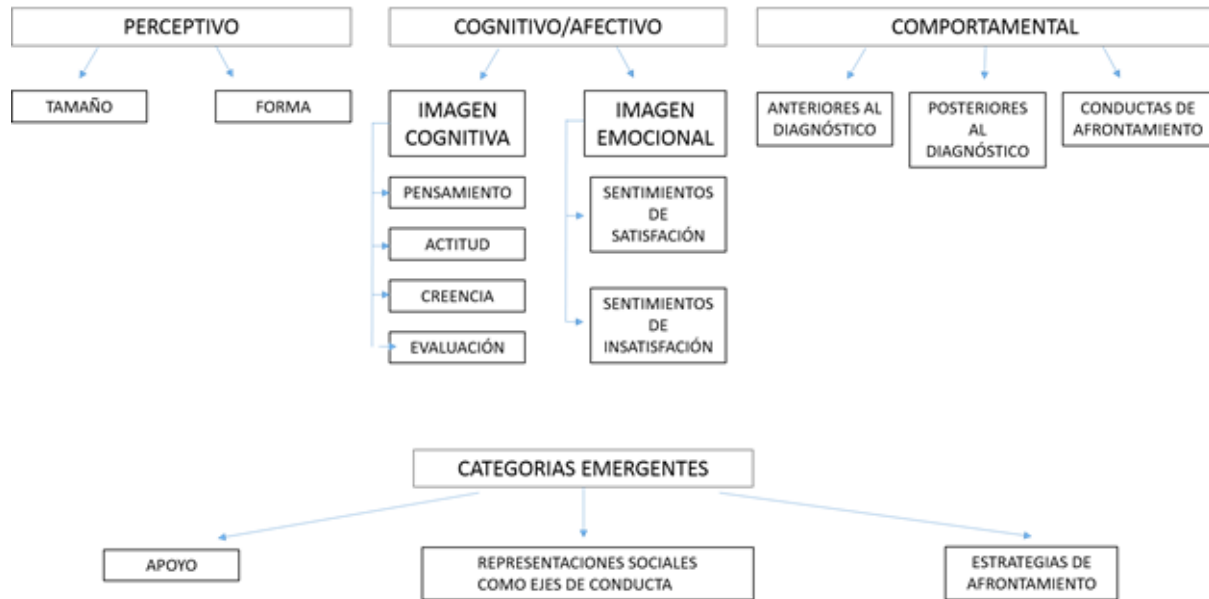


Ilustración 2: Categorías de la imagen corporal y categorías emergentes

Para dar orden teórico a la discusión se hará una presentación de las mujeres teniendo en cuenta tres momentos: antes, durante y después del diagnóstico del cáncer de mama.

### 9.1 Entrevista 1:

E1 de 56 años, diagnosticada con cáncer de mamá en el año 2000, fue sometida al tratamiento de mastectomía en ambos senos y quimioterapia oral (Tamoxifen). En el diálogo con la entrevistada, se evidencia una correlación entre la percepción de feminidad y corporalidad, por lo cual el proceso de tratamiento tuvo una resignificación de esas creencias para ser ajustadas a partir de la amputación de los senos, como referentes de la belleza y lo femenino.

*“Muy difícil, mmm... muy difícil el hecho de mirarse uno en un espejo, no verse los senos y uno como mujer que es tan vanidoso lo primero que hacemos las mujeres es mirar al espejo nuestra cara, nuestro cabello y nuestros senos, y ya no tenerlos fue muy difícil”*

**Antes:**

*“Desde joven era mostroncita (Risas) y me fascinaban las cosas corticas, me fascinaba la manga sisa, me fascinaba todo así”*

Lo cual muestra una conducta en su vestimenta que tiene relación en la forma de percibir su cuerpo y el nivel de satisfacción con respecto a él. Teniendo en cuenta que, esa forma en cómo percibe y muestra el cuerpo nace de lo que socialmente es representado como “lo femenino” con relación a la atribución social que se ha hecho hacia una figura femenina seductora (Lo mostroncita), y haciendo uso de esa representación, en ella se muestre una satisfacción respecto a su manera de vestir (Me fascinaba todo así). En esta misma línea, se puede observar que hay una imagen cognitiva muy ligada a la imagen emocional, que también posibilitará ese nivel de satisfacción en su cuerpo, entendiendo este como una construcción social. Por tanto, dentro de esta esfera, se puede hablar entonces de una imagen corporal deseada o ideal que sale de un contexto social influenciado por estándares de belleza.

**Durante**

En el diagnóstico, la noticia de mastectomía doble fue recibida por E1 así:

*“Cuando fui donde el oncólogo y me dice que tenía que amputarme ambos senos, ahí sí me derrumbé Ahí sí dije: yo no, ya me morí en mi vida nunca había tenido cirugías entonces ahí sí me derrumbé, no hacía sino llorar en mi casa”*

Partiendo de la idea anterior, donde su feminidad está fundamentada en una construcción social de una figura seductora, en el momento en el que recibe la noticia de la amputación de ambos senos, es cuando vemos que en su relato la entrevistada “se derrumba” y esa sensación de desmoronarse está ligada a la percepción de belleza fundamentada en el cuerpo. De lo anterior, se destaca el impacto del tratamiento en el cuerpo y los cambios que este iba a sufrir, generan una distorsión cognitiva entre lo que ella concebía como SER mujer y lo que iba a tener. Este impacto a nivel perceptual evidentemente afecta los pensamientos y la frase “Me derrumbe” es una muestra de la incapacidad que siente la entrevista al verse enfrentada a tal situación, por lo cual muestra una ausencia de recursos cognitivos para afrontarla. Y a nivel conductual su respuesta es claramente de angustia, por la desestructuración de la imagen corporal.

Luego de la realización de la mastectomía, la entrevistada dice:

*“Cuando yo salí y desperté de la cirugía lo primero que yo le pregunto a la enfermera es: ¿me veo muy fea?”*

En ese momento, en el cual hay un cambio corporal en la entrevistada, es cuando se presenta una distorsión de su percepción con relación a la forma de éste, pues ya los senos, que son parte icónica de la figura femenina no hacen parte de su cuerpo, lo cual al no encajar en ese estándar de belleza establecido socialmente frente a cómo debe ser el cuerpo femenino comienza a generar en esta mujer, pensamientos y valoraciones negativas sobre su imagen corporal, al referirse a que “se ve fea”.

Se ve pues que la imagen corporal, al ser constituida como una representación social, es el otro quien valida o no el ideal de un cuerpo. Por ello, vimos que el apoyo fue una categoría emergente que prevaleció durante todo el discurso de la entrevistada. Al preguntar a la enfermera

sobre su aspecto físico luego de la mastectomía, da cuenta de cómo intenta desde ese otro obtener la aprobación de su cuerpo y así disminuir ese conflicto interno entre lo que es socialmente entendido como femenino con relación a la apariencia física y lo que es ella como mujer luego de no tener sus senos.

El apoyo en este tipo de diagnósticos es fundamental en la recuperación de los pacientes, no solo desde los cuidados sino también desde el acompañamiento emocional. En la entrevista fue reiterativo la mención que se hace acerca de la importancia del apoyo en la aceptación de ese cambio a nivel corporal. La mujer lo nombra así:

*“Pero tuve algo muy hermoso que fue mi esposo...Cuando a mí me dan de alta y llego a mi casa, lo primero que me encuentro es espejos por toda la casa, por donde yo andaba, en la sala, el pasillo, en el baño, en mis habitaciones. Espejos que había puesto mi esposo para que cuando pasara viera que yo seguía siendo la misma, entonces eso me ayudó mucho a salir adelante pues ya conseguí”.*

Los senos son pues, una parte importante de la feminidad, pero no solo desde un componente de seducción sino también desde la maternidad, pero en su caso, el apoyo de la pareja se centró en los senos como parte de cuerpo asociada a la maternidad y no asociado a lo sensual o estético. Vemos pues que:

*“Mi esposo desde un principio me aceptó como era ...eh él me dice que no vio la diferencia en que yo lo tuviera o no los tuviera, y que ya me habían servido para criarlos y alimentar a los dos hijos que ya para qué, que él lo que esperaba era que yo estuviera sana. Entonces ya, y él ha sido pues, otra de las personas que dice: ¿para qué reconstrucción?”*

Esa afirmación que hace la pareja sobre el cuerpo de la entrevistada minimiza la importancia de la figura femenina como instrumento de seducción, pero se puede ver que es tan relevante la opinión de la pareja en esta mujer que decide no realizar la reconstrucción, alienando su pensamiento al de su pareja en el que minimiza los senos como una parte sexualmente importante en la mujer. Dice pues que:

*“En un primer momento si pensé en hacerme la reconstrucción, porque decía yo: me voy a ver como un fenómeno. Y uno como mujer es muy vanidoso con sus senos con su cabello, entonces yo me voy a hacer reconstrucción después de la cirugía [Mastectomía total]”.*

Esa aceptación de la figura de su cuerpo sin los senos se da de manera ambigua, pues como vimos anteriormente su decisión sobre la reconstrucción es cambiada en gran medida por la opinión de su pareja, pero luego de haber pasado por el proceso de recuperación de la mastectomía la entrevistada E1 menciona en varias oportunidades durante su discurso una aceptación ambivalente. Vemos pues que ella dice:

*“Pues yo nunca he dejado de ser mujer por el hecho de no tenerlos. A, pero, es que uno no deja de ser mujer porque los tiene o porque no los tiene, yo nunca he dejado de ser mujer por el hecho de no tenerlos y no creo que nunca dejaré de ser mujer porque nací siendo mujer y soy mujer, a pesar de que no los tenga.”*

No obstante, esa ambivalencia que se menciona se ve reflejada en expresiones como:

*“No les niego, hay veces que uno esta sale del baño y dice: “a qué rico tenerlos, a como fuera si yo los tuviera” sí, pero entonces es un pequeño bajón que uno tiene porque se pone triste pero luego ya uno ya otra vez sí, a la normalidad sí, sí”*

Y es a partir de esta ambivalencia, que ella hace uso de un sustituto que expresa como:

*“Bueno, empecé a usar las prótesis a partir del mes que me hicieron la cirugía, [...] Ya hoy en día afortunadamente los brasieres ya se consiguen con los bolsillos, los vestidos de baño también, entonces ya es una gran ventaja para mí. “*

## **Después**

Vemos pues que, en su línea discursiva, se encuentra una ambivalencia entre no deja de ser mujer por el hecho de no tener sus senos y que aún extrañe el no tenerlos, lo que la lleva a utilizar un sustituto de sus pechos, en su caso las diferentes prótesis que ha utilizado. Esas dos posturas en la entrevistada se fundamentan en esa idea de lo femenino socialmente establecido y el otro como figura de aprobación de determinada imagen corporal, pues es ese otro quien está viendo su cuerpo y realizando juicios de valor frente a él. Entonces ella, para mostrarse femenina o no ser estigmatizada hace uso de las prótesis para dar forma a su cuerpo, y que dicha forma sea acorde a los estipulados por la sociedad.

Por otro lado, cada que se ve al espejo piensa en su deseo de tener sus senos, pero a su vez está su posición al comienzo de que para ser mujer no hay necesidad de ellos. Ella inicialmente nombra que:

*“Nunca he dejado de ser mujer por el hecho de no tenerlos [Los senos] y no creo que nunca dejaré de ser mujer porque nací siendo mujer y soy mujer, a pesar de que no los tenga.”*

Aquí parece como si hubiera una reestructuración de la imagen corporal a partir de su vivencia, pues el ser mujer para ella lo configura el haber nacido con ese sexo y no un significado social de lo femenino que asocia la importancia de algunas partes de ese cuerpo tales como los senos o el cabello para ser utilizadas en la seducción. Esto da la impresión de que ya no hay una necesidad de sus senos, pues estos no constituyen su feminidad. No obstante, ella sigue haciendo



un uso de las prótesis, que vienen siendo un sustituto de sus senos cada que sale a la calle; esto lleva a comprender entonces que frente a la mirada o el pensamiento del otro hay una necesidad de no mostrar eso que falta, porque ese otro podría evaluarla en referencia al ideal femenino, lo que podría generar una estigmatización de los demás, en relación al componente femenino vs senos, lo que reafirma ese deseo de tener de nuevo senos cuando dice

*“No les niego, hay veces que uno esta sale del baño y dice: “a qué rico tenerlos, a como fuera si yo los tuviera”*

Ese uso de las prótesis también se puede tomar como una estrategia de afrontamiento, la cual fue una categoría emergente relacionada con la búsqueda de adaptación a su medio con un nuevo cuerpo. La entrevistada dice:

*“Les chicaneo mucho a mis compañeras porque yo soy una que les digo: “cuando quiero me las pongo chiquitas, cuando quiero me las pongo grandes (Risas), porque tengo el privilegio de que no es una sino las dos, entonces tengo el privilegio de chicanearles.”*

Estas estrategias de afrontamiento no sólo van dirigidas a la modificación de la conducta con respecto a la utilización de las prótesis, sino que también se relaciona con la evitación del malestar emocional, con respecto a lo que podría generar en la entrevistada una confrontación constante a la aprobación o desaprobación de los otros en relación con su cuerpo.

## **9.2 Entrevista 2:**

La entrevistada E2 de 46 años, diagnosticada con un cáncer de mama tipo ductal infiltrante en el año 2006, fue sometida a una cuadrantectomía, quimioterapias rojas durante siete meses, veinticinco radioterapias, braquiterapia y tamoxifeno. Luego tuvo una recaída a finales del año 2007 donde suspende el tamoxifeno y le realizan quimioterapias blancas llamadas plaquitacel. Se

puede ver en el discurso de la participante que su concepto de feminidad se centra en el cabello, y al perder éste, su imagen corporal y cómo es percibida por ella pasa a ser sostenida por el apoyo que recibe de su pareja, por lo cual en ella no hay una reestructuración de su imagen corporal.

### **Antes**

A partir de la narración, se evidencia que antes del diagnóstico en lo que refiere a la imagen corporal, la entrevistada manifiesta que:

*“En ese entonces yo tenía el cabello supremamente largo, muy negrito, así muy muy encrespado, entonces yo me miraba en el espejo, y para mí pues el cabello era lo más bonito que yo tenía, y de hecho me lo admiraban mucho”.*

Esto va en consonancia con ese ideal de la belleza femenina, en donde el cabello es parte fundamental de ese ideal. Se diría entonces que su concepto de lo femenino, del ser mujer, se centra casi por completo en su cabello, pues durante su discurso enfatiza de manera recurrente la importancia de su cabello y la belleza de este, dejando de lado otras partes de su físico. Por otro lado, frente a su forma de vestir ella menciona:

*“hace mucho tiempo me gusta usar mucho la ropa negra [...] Pero antes si nos gustaba, hablo de mi esposo y de mí, esa música [Rock and roll y Metal] y usaba la ropa negra”.*

Lo cual nos indica que su estilo de vestir va ligado a las tribus o subculturas que no son más que representaciones sociales que surgen o nacen de un estilo o estética icónica construido a la imagen y semejanza de figuras de la música de determinado género (en este caso Rock and roll y Metal), es entonces a partir de su cabello y su estilo de vestir, donde se sitúa la entrevistada para pensar lo femenino y/o el ser mujer.

## **Durante**

Un diagnóstico de cáncer suele ser una noticia difícil de afrontar, pero nuevamente se ve como la enfermedad como tal pasa a un segundo plano cuando dentro de la consulta los profesionales médicos hacen alusión a los cambios que conllevan los tratamientos de esta enfermedad, es por ello por lo que la atención recae en esas transformaciones por las que debe pasar un paciente. La entrevistada hace referencia a este momento así:

*“Bueno, pero si, fue un proceso bastante duro, más cuando te dicen que se te va a caer el cabello, que es como la parte femenina de uno, yo decía, que me hagan de todo, pero que no, que no se caiga el cabello”.*

En la entrevista se ve como su percepción de lo femenino está unido a su cabello, en ella su estructuración de lo femenino, del ser mujer, está fundamentada en su cabello. Por lo cual, en ella al saber que se le iba a caer el cabello se genera una distorsión cognitiva entre su feminidad, que es su cabello, y el ya no tenerlo. Cognitivamente se muestra el inicio de esa desestructuración pues para ella lo que hizo que el proceso fuera más duro fue la caída del cabello: *“Fue un proceso bastante duro, más cuando te dicen que se te va a caer el cabello”.* Finalmente, conductualmente ella se encontró en un estado de angustia.

Luego del diagnóstico, la entrevistada E2 relata el proceso que vivió durante el tratamiento del cáncer de mama y cómo fue asimilando esos cambios, menciona que:

*“Entonces si fue muy duro empezar a ver que se me estaba cayendo el cabello por montones, lo que hice fue que fui a donde una vecina y ya ella me pasó como la máquina, fue muy impactante mirarme al espejo y ver que estaba sin cabello, que era un cabello tan bonito, tan negrito. Fui a buscar pelucas para ponerme una peluca, estuve mirando en varias partes, de*

*hecho, me medí dos o tres pelucas, pero yo veía que esa no era marta, que esa no era yo, que ese no era mi cabello, entonces ya me dije no voy a ponerme gorritos, de esos gorritos de lana, que llamamos pasamontañas y eso, eso me puse”*

Vemos pues que en el momento en el que la entrevistada pierde su cabello, es cuando se ve alterada su percepción y a su vez, su identidad, pues hay una disonancia entre cómo se percibe ella o lo femenino desde la pérdida de su cabello y el grado de insatisfacción que tiene frente a ello. Como su cabello es la base de su representación de la feminidad, al perderlo comienza a buscar un sustituto, (probando pelucas) pero al no encontrar dicho sustituto, siente una pérdida de la identidad, pues dice que: *“pero yo veía que esa no era marta, que esa no era yo”*, esto indica que no solo construye su feminidad desde su cabello sino también aquello que la identifica.

En su segunda recaída, en ella es muy marcado el temor de perder su cabello, tal y como lo dice:

*“Yo le decía llorando, hable con los médicos y dígales que me hagan lo que sea, pero que no me hagan quimioterapia, porque yo no quiero que se me caiga el cabello de nuevo, entonces sí, obviamente yo asociaba una cosa con la otra, recaída con otra vez caiga del cabello”.*

Para ella, la caída de su cabello es igual que la pérdida de su feminidad, es por esta razón que busca un refugio en su vínculo con la feminidad de su vestimenta y como lo menciona aquí:

*“Bueno, años atrás antes del diagnóstico, como toda mujer si manejaba como un poquito de vanidad, que, si quería estar muy pendiente de maquillarme, que, del cabello, las uñas”.*

Se podría decir que la entrevistada retoma esa vestimenta como un comportamiento que surge de la representación de lo femenino y su vanidad con relación a un estilo definido en su ropa, tal vez como una forma de retomar su imagen femenina de esos años en los que tenía su cabello. Por otro lado, se puede ver que este tipo de tribus o subculturas urbanas es mucho más abierto la representación de un ideal de la imagen corporal femenina, pues en dichos grupos se puede ver gran variedad en la estética femenina, lo cual no solo normaliza sus cambios en el aspecto físico, sino que también facilita el sentimiento de pertenencia. Entonces ese lugar donde ella pertenece es donde aquello que le falta en su feminidad no se convierte en algo estigmatizante socialmente.

La ropa y el maquillaje también fueron un instrumento utilizado por la entrevistada como una estrategia de afrontamiento, pues buscaba la manera de adaptarse al medio luego de sus cambios corporales. Ese cambio conductual buscaba como toda estrategia de afrontamiento reducir el malestar causado por la situación estresante. E2 dice que:

*“Eso es duro uno verse sin cabello, va uno de todas maneras asimilando un poquito el proceso, no sé si yo, me refugie un poquito en, no sé cómo les explico, yo empecé a maquillarme mucho de negro y a usar mucha ropa negra, entonces no sé cómo explicarles esa parte, porque usaba muchos pasamontañas negro y mi maquillaje era negro, ósea la sombra era negra y usaba muchas las uñas negra y así. Entonces yo pienso que fue como un escudito”.*

Estas respuestas cognitivas y conductuales son la respuesta de la paciente ante su situación, la cual se dirigió a la disminución de la amenaza percibida en el medio que la rodea.

Por otra parte, durante todo el relato de la entrevistada se evidencio que el apoyo fue parte fundamental en el proceso de asimilación de los cambios corporales, pues dichos cambios causaron gran impacto en el estado anímico de esta mujer. Esto se ve reflejado cuando dice que:

*“Sí claro, de todas maneras, la mirada de la gente siempre es pues como aburridoras, a uno igual se le baja mucho como la autoestima”.*

Es entonces el otro el que configura su imagen corporal por medio de su aprobación o desaprobación, y frente a un impacto emocional en el que su autoestima se vio implicado fue su esposo quien se constituye como la figura principal de apoyo para la entrevistada.

*“Mi esposo iba por mi hasta la casa, entonces yo no tenía que andar como mucho trayecto como que sola, entonces siempre fue como ese apoyo de él, entonces él siempre me subía como que la autoestima y yo ya sabía que yo ya llevaba mi cómplice al lado”.*

Entonces el otro es el soporte para afrontar todos esos cambios físicos, tanto así que es él quien actúa como figura sustituta de sus autoesquemas, pues como se mencionó anteriormente, al perder su cabello y su identidad femenina, ella pierde su confianza en sí misma, y esta confianza es depositada en el otro, pues la aprobación de su esposo es el que finalmente configura su autoestima. Esto podemos verlo en el relato cuando menciona que:

*“Bueno fue fundamental el acompañamiento de mi esposo, pues es ese entonces porque él siempre salía conmigo, salíamos a la calle y yo sentía que el me abrazaba, él me apretaba como quien dice: usted no está sola, usted está conmigo, así no tengas tu cabello y así vayas por la calle con un gorro, pero cuentas conmigo”.*

## Después

Luego del tratamiento del cáncer de mama, la entrevistada E2, se refirió a su vivencia del tratamiento de su enfermedad de la siguiente manera:

*“Ese proceso fue la verdad bastante bonito, porque cuando ya ve uno el cabello creciendo, creciendo, por mucho tiempo use las pañoleticas y el pasamontañas, entonces yo era esperando a que me creciera más para ya quitármelos, ya cuando me lo quite o me quite pues la pañoleta y los gorritos, ya empecé a echarme mucha gomina, me veía como toda gomelita, fue muy muy chévere todo, cuando empezó a crecerme el cabello, pero uno en estos procesos va viendo que eso no era tan importante, como en ese entonces, como que no, voy a quedarme sin el cabello, voy a quedarme sin cabello, ósea fue muy bonito ver que ya me estaba creciendo y ahorita que lo tengo más larguito pues sí muy bonito, pero ya uno ve que no, no, no es el cabello, es preservar la vida, estar aliviado, estar sano y tener el apoyo de gente y/o las personas que están alrededor de uno que uno sentir como ese amor de ellos y ese apoyo, entonces uno ya ve y nota que el cabello pasa a un segundo plano”.*

En la entrevistada hay cierta reestructuración de su concepto de lo femenino, es decir de lo que es ella luego de pasar por la pérdida de su cabello, pues anteriormente recalca la importancia de ese cabello frente a su estética, pero ahora eso pasa a un segundo plano, no obstante, sigue siendo una parte importante para ella y para su feminidad.

Como se mencionó, el otro fue parte fundamental durante todo el relato de la entrevistada, tanto en el apoyo como en la configuración de su aceptación de los cambios partiendo de la opinión de ese otro. Es por ello que, de nuevo se ve como la reestructuración en lo femenino depende de un otro, que en este caso es su esposo, es en él donde ella constituye su feminidad y su comprensión como mujer. Ella reafirma esta idea cuando dice:

*“Bueno fue fundamental el acompañamiento de mi esposo pues es ese entonces porque él siempre salía conmigo, salíamos a la calle y yo sentía que él me abrazaba, él me apretaba como quien dice: usted no está sola, usted está conmigo, así no tengas tu cabello y así vayas por la calle con un gorro, pero cuentas conmigo”.*

Entonces, es aquí donde su estructuración de feminidad a partir de su cabello se va transformando, pues su esposo toma el lugar de su cabello como centro de confirmación de lo femenino. Es decir que la aprobación que este da a su aspecto físico es lo que realmente le reafirma su feminidad. El hecho de que su esposo haya aceptado su imagen corporal con o sin cabello hace que su atención no se centre tanto en el cabello como tal sino en la importancia de tener a su pareja a su lado.

Pese a que menciona haber dejado la vanidad de lado, el hecho de que su percepción de la figura de su cuerpo con respecto al tamaño haya cambiado como consecuencia de las quimioterapias, hace que las conductas de autocuidado se vuelvan parte de sus hábitos.

*“Bueno los cambios en sí, sí obviamente uno cambia de pronto uno era más delgada y ahora estoy un poquito como más gordita si trato como te cuidarme mucho como en la alimentación, pero la verdad que ya como que yo decida como que no estoy muy gorda o esto, o como uno mirar o pegarse como de esas cosas, trato de cuidar, de hacer ejercicio, y tener una vida sana y no primero es pensar en la vida y disfrutar y gozar de la vida”.*

Es pues que el autocuidado en la entrevistada va ligado a la estética y querer verse bien, aunque esta estética pareciera pasar a un segundo plano:

*“Bueno, años atrás antes del diagnóstico, como toda mujer si manejaba como un poquito de vanidad, que, si quería estar muy pendiente de maquillarme, que, del cabello, las uñas.*



*Ahorita después del diagnóstico no es que me haya descuidado, pero no, eso ya es un segundo o tercer plano. Me levanto, bueno, me baño, me organizo trato de ponerme bonita para mí, para mi esposo para obviamente las personas que están alrededor, pero no ya no como que esa vanidad, ya no cabe en mi vida”.*

### **9.3 Entrevista 3:**

La participante E3 de 55 años, fue diagnosticada con un cáncer de mama en el seno izquierdo en el año 2012. Fue sometida a una cirugía en el seno izquierdo, se le realizaron treinta radioterapias y después de ello quince quimioterapias. En esta mujer se puede ver cómo su feminidad es una construcción que surge de lo cognitivo y no de lo perceptual, por lo cual no sigue mucho las representaciones sociales sobre un prototipo de imagen en la mujer, por ello los cambios en la imagen corporal frente a los tratamientos de cáncer de mama en la entrevistada no muestran gran afectación de su autoconcepto ni tampoco pasó por una reestructuración en su imagen corporal

#### **Antes**

Con respecto a la imagen corporal en la entrevistada, antes del diagnóstico manifiesta que:

*“Yo siempre he sido de cabello corto, donde más largo lo he tenido y eso que por darle gusto a la última pareja que tuve, fue aquí a los hombros, pero por darle gusto nada más a él. Se acabó la relación y lo primero que hice fue mi cabello cortico. Yo de cabello largo porque él me pagaba dos veces por semana la cepillada, en cambio así cortico me lo organizo cada vez que quiera, me veo maquillada, me veo bonita, me veo organizada, yo con el cabello largo, no es conmigo”.*

Por lo anterior, podría decirse que su imagen corporal no parte de una representación social, enmarcada en la feminidad del estereotipo de mujer de cabello largo, al menos en términos de su

percepción. Para ella, el ser femenino no depende del cabello, del maquillaje; es decir que no es importante en su caso, estar dentro de los estándares sociales, sino que es un concepto más interiorizado en un plano más cognitivo, del ser mujer, pues al ser un concepto de construcción propia sobre esa idea de femenino, se enfoca más en sentirse mujer y no en percibirse mujer frente a una representación de la sociedad estandarizado. Ella confirma esta idea cuando dice:

*“Pues la mayoría y yo creo que todas son cabello, maquillaje y pues mantenernos bien físicamente, pero que yo decir que porque estaba cabeci-pelada o hubiera cambios un seno más chiquito que el otro eso para mí no me ha quitado lo femenina, no.”*

A pesar de que hace alusión a lo femenino en el cabello, maquillaje y mantenerse bien físicamente (los estándares de belleza que se encontraron en las dos anteriores entrevistadas), reconoce que es una idea común pero que no comparte, porque para ella el femenino tomándolo desde un plano perceptivo (cómo se ve el cuerpo), no incide de una manera marcada su autoconcepto, pues al desaparecer alguno de estos atributos físicos asociados a lo femenino (cabello, maquillaje, busto), no causa en ella que su concepto sobre su imagen corporal se desestructure, ya que es basado más en el “cómo se siente” que en el “cómo se ve”.

**durante:**

En el momento del diagnóstico, la entrevistada menciona el hecho de pensar en una caída de cabello, como consecuencia del tratamiento a su enfermedad, no fue algo que le generará gran impacto, menciona que:

*“Yo toda la vida he sido de cabello cortico, y a mi cuando el doctor llego y me mandó para las quimioterapias me dijo: con la primera quimioterapia como es la más fuerte al otro día o*

*los dos días vas a estar se te va a empezar a caer el cabello, yo le dije: doctor, a mí eso no me preocupa porque eso vuelve y crece”*

En general cuando la imagen corporal se basa principalmente en lo perceptivo, ósea de la manera como se ve el cuerpo (cabello, senos, peso, etc.); hay un impacto muy fuerte cuando hay un cambio en esa imagen que se percibe, en el caso de la mujer por lo general el cabello es una parte del cuerpo importante en la imagen corporal femenina. cuando se pierde este atributo, puede causar para la persona una desestructuración de la imagen corporal. No obstante, en la E3 al no haber una imagen corporal fundamentada en lo perceptivo, sino en lo cognitivo, cuando se le cae el cabello o se le realiza una cirugía en el seno izquierdo no se encuentra una reestructuración, pues ella se sigue sintiendo una mujer bella, su feminidad parte de un sentir. Entonces el componente subjetivo es la base en la cual se fundamente su feminidad. De igual forma, es importante mencionar que, para la entrevistada, el tener el pelo corto o no tenerlo es sinónimo de organización, se percibe más organizada tal y como dice:

*“No, no, yo simplemente le decía mamá para mí esto es espectacular, me encanto estar así, me voy bonita, me veo organizada, pues no soy la primera ni la última, entonces... a ella sí, a ella le dio muy duro verme así cabeci-peladita”*

Toda esa construcción personal de la imagen corporal, basada en sus propios gustos o pensamientos de lo estético fueron claves en el afrontamiento de la caída del cabello, pues ese momento fue tomado de manera tranquila, evidenciando una aceptación casi inmediata de ese cambio en el aspecto de su imagen corporal:

*“yo me metí a bañarme y cuando me metí a jugarme la cabeza y cuando metí la cabeza al chorro mí pelito todo cayó, pero que me haya dado duro o algo, no para nada”.*

Por lo cual podríamos pensar que su imagen cognitiva en relación a su aspecto físico gira entorno a que con el pelo corto se percibe más organizada para el otro, pues su emoción muestra una satisfacción con su imagen corporal, por lo cual en ella no se encuentra una reestructuración en su imagen corporal, pues a pesar de la caída del cabello, ella se siente satisfecha y hasta feliz, demuestra esa satisfacción de la caída de su cabello cuando le estaban realizando las quimioterapias, ella lo menciona como:

“A mí el...el mientras el periodo de quimioterapia que fueron dieciséis sesiones, a mí no me no me produjo nada. Lo único fue la caída del cabello, me encantó estar cabeci peladita ¡me encantó!”.

En esta misma línea, en ella es tan marcada su feminidad desde lo cognitivo que su importancia frente a cómo es percibida desde el otro, no le es importante o pasa a un segundo lugar, esto puede ser posibilitado precisamente por su satisfacción con su imagen corporal, que el lugar que tiene el otro carece de importancia en su feminidad (pues el otro importa cuando la imagen corporal nace de la percepción), esto aparece cuando dice:

*“Ay no, no, no, no, no. Pues que se quedaba la gente mirando, no me percataba de eso [...] A mí eso no, y así a veces me daba por salir cabeci-pelada y a mí no... pues decir me voy a percatar quien se queda mirándome o que hay algún run run, nada, yo he sido muy tranquila, si yo me siento bien, lo demás que me resbale”*

Vemos pues, que su cabello no es algo tan principal en la construcción de su imagen corporal y la aceptación de esta, pero pese a ello sí hace mención frente a sus rituales de belleza en su conducta, a la importancia de maquillarse y de utilizar esté como una estrategia de afrontamiento para adaptarse a los cambios en su aspecto físico con relación a las cejas:

*“Vean, a mí me gusto quedar así cabesi-peladita como bolita de billar, yo toda la vida he sido maquillaje en los ojos y en los labios, de lo único fue las cejas, de que, por sí, siempre he sido de cejas poquiticas, lo único era que me maquillaba las cejas, fue lo único”.*

Pese a que la E3 ha manifestado durante su discurso una facilidad en la aceptación de los cambios corporales como consecuencia de los tratamientos oncológicos, el apoyo al igual que en las anteriores entrevistadas, ha sido parte fundamental en el proceso, menciona que:

*“Con respecto a peluca y algo, la tía que me ha colaborado tanto, me compro peluca como el color de cabello que yo tenía, el mismo corte. Pero no fui capaz con la peluca, eso pica mucho y ya para salir a la calle si utilizaba una pañoleta que me colocaba húmeda y me ponía las cachuchitas o los gorritos que me regalaron, mi mamá ahí el mismo día hay mismo corrió a comprarme dos gorritos a ella si no le gusto verme cabeci-pelada”.*

### **Después**

El haber pasado por toda la experiencia no cambió su cognición frente a lo que es ella concibe como imagen corporal con relación a un ideal de cuerpo femenino. En definitiva, en ella en ningún momento hubo una desestructuración de su imagen corporal, por ende, tampoco una reestructuración. Y deja de manifiesto la importancia de la actitud positiva característica en ella para haber asimilado su tratamiento:

*“Yo por mi mamá pues no me rasuro, pero me encantaría estar rasurada. Y el ahora, no súper bien. Yo nunca lo he tomado como una enfermedad sino como un acontecimiento en mi vida y algo pues pasajero, he sido muy positiva, muy echada pa delante y de muy buenas energías”.*

Esta mujer, no muestra ser muy vanidosa, más allá de unas conductas del cuidado de sí mismo para dar una apariencia agradable, es por ello por lo que sus estrategias de afrontamiento frente a la asimilación de los procedimientos contra el cáncer fueron más enfocadas en la salud que en la apariencia física, esto se puede ver cuando dice:

*“Me cuido mucho del sol, salgo a caminar, pero que ya como decir deportes, así como que tenga que hace mucho esfuerzo o algo, no. De todos modos, con la mano izquierda yo me la tengo que cuidar mucho, no alzar cosas pesadas, que de pronto no me vaya a cortar, no me vaya a aporrear, porque al fin y al cabo esa mano ya queda muy sensible a cualquier cosa”*

Como se mencionó anteriormente, el verse “organizada” es importante en su imagen corporal, es por esto por lo que luego de su tratamiento de cáncer, la caída de sus cejas fueron el único cambio corporal al que se refirió durante su relato como un cambio significativo para ella, por ello durante el tratamiento era importante maquillarlas. Al terminar su proceso médico, decide hacerse el maquillaje permanente de sus cejas, en consonancia de su construcción de la imagen corporal basada en la organización más que en la belleza.

*“Ya hace dos años el médico me autorizó, porque una tía si me quería ver con las cejas tatuadas, entonces yo le pedí autorización al doctor y me las tatué, pero de resto, no”.*

## **10. Conclusiones:**

En el desarrollo de esta investigación, se identifica que además de las tres categorías de análisis, retomadas de los tres componentes de la imagen corporal (perceptual, subjetivo o cognitivo/afectivo y conductual), surgen otras categorías emergentes, las cuales fueron: apoyo, representaciones sociales y estrategias de afrontamiento.

En el análisis de las entrevistas, se identificó que, en un primer momento, que las participantes asocian su diagnóstico a la muerte, pero después esto pasa a un segundo plano, pues al recibir su diagnóstico, generalmente los médicos aclaran los cambios físicos que conllevan los tratamientos para esta enfermedad. La relevancia y evaluación de estos cambios, fue una de las ideas más frecuentes y notorias en estas mujeres.

Con respecto a las categorías de análisis, es importante resaltar que en general, la percepción de la forma del cuerpo con relación a los cambios físicos generados por los tratamientos para el cáncer, en la mayoría de las participantes fue negativa, pues habitualmente dichos cambios generan alteraciones corporales significativas, las cuales son percibidas con facilidad tanto por ellas mismas como por las personas que las rodean. Cabe aclarar que estos cambios eran analizados por las participantes en comparación de cómo era su cuerpo antes de los tratamientos para cáncer y después de ellos. Solo en el caso de una de las participantes, la percepción frente dichos cambios (cabello) fue positiva, pero como se mencionó anteriormente, esto podría estar ligado a como ella percibía las partes de su cuerpo, antes del diagnóstico del cáncer de mama. En algunos casos, pareciera que hay una aceptación de esas modificaciones corporales, con respecto al hecho de no tener los senos, pero sin duda es algo que genera afectaciones emocionales durante y después de la pérdida.

Por otro lado, el cambio en la conducta de las entrevistadas se da como consecuencia de las implicaciones físicas y psicológicas que conllevan esta enfermedad. Durante el tratamiento, la conducta está dirigida no solo a los cuidados médicos que se requieren, sino también hacia un nuevo repertorio de tareas dirigidas a ocultar sus cambios físicos, los cuales se vuelven rituales de belleza. Pero luego de la culminación de los tratamientos, no sólo se enfocan en lo estético sino también en conductas dirigidas a estilos de vida saludables.

Con respecto a las categorías emergentes, una de las más importantes fue la de apoyo; en este caso, las mujeres entrevistadas, narran cómo a partir del acompañamiento de sus parejas, familiares y/o amigos, logran resignificar la pérdida o modificación de algunas partes del cuerpo (senos, cabello). Desde allí, se puede afirmar que la imagen corporal, es una construcción dada como resultado de las experiencias y que se encuentra en continuo cambio.

Otra categoría emergente, fue las representaciones sociales. En las participantes, se identificó que la manera en cómo sean tomados los cambios en la imagen corporal durante y después del tratamiento para el cáncer, dependerá de la construcción de cada mujer, pues cuando la imagen corporal se encuentran mucho más ligada a la norma social que determina los cánones de lo estético, la conducta a su vez, se orientará en mayor medida a encajar en ese ideal, es por ello, el impacto del cambio en la de la imagen corporal, se dará según como la persona intérprete y se rige a esas representaciones sociales. La última categoría emergente es las estrategias de afrontamiento, donde se identificó que muchas de esas estrategias de afrontamiento estaban dirigidas principalmente a mitigar el cambio en la imagen corporal, a través de sustitutos como prótesis, gorros y maquillaje, entre otros que permitieron afrontar los cambios en su cuerpo, pero con relación a modificar su imagen corporal para el otro.



## 11. Referencias

- Abric, J. (1994). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán.
- Aguilar, M.; Sánchez, M; Mur, V; Gómez, E. (2013). Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5). 1453-1457. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309230208012>
- Aguado, J. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad*. México D.C., México. Universidad nacional autónoma de México.
- Ayensa, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista De Humanidades “Cuadernos Del Marqués De San Adrián*, 2, 1–17. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5573>
- Bedoya, M; Marín, A. (2010). La inclusión social por la vía del cuerpo en mujeres diagnosticadas con anorexia bulimia en la ciudad de Medellín, *Colombia. Iatreia*. 23(4). 319-328.  
Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932010000400001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400001)
- Blanco-Sánchez, R. (2010). Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico. *Enfermería clínica*. 20(6). 327-334.
- Borda, M; Alonso, M; Martínez, H; Meriño, E; Sánchez, J; Solano, S. (2016). Percepción de la imagen corporal y su relación con el estado nutricional y emocional en escolares de 10 a 13 años de tres escuelas en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 32(3), 472-482.  
Recuperado de: [www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n3/v32n3a11.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n3/v32n3a11.pdf)
- Bourdieu, P. (2010). *La dominación masculina*. Barcelona, España. Editorial anagrama.

recuperado de: <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Bondu-Pierre-la-dominacion-masculina.pdf>

Carvalho, A; Mesquita, E; Almeida, I; Figueiredo, Z. (2005). Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama. *Avances en enfermería*. 23(2). 28-35. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37559/39902>

Castro, C. (2014). La imagen corporal en investigaciones antropológicas. Una herramienta para la antropología física. *Estudios de antropología biológica*, 16, 573-588. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/56720/50315>

Castro, N. (2016). Re-conceptualización del constructo de la imagen corporal desde una perspectiva multidisciplinar. *Arbor*, 192(781). Doi: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2016.781n5010>

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación En Educación Médica*, 2(7), 162–167. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72706-6](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72706-6)

Die, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*. 0(1). 39-48. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Trill/publication/27591657\\_Influencia\\_de\\_la\\_cultura\\_en\\_la\\_experiencia\\_del\\_cancer/links/5489835d0cf2ef3447929826/Influencia-de-la-cultura-en-la-experiencia-del-cancer.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Trill/publication/27591657_Influencia_de_la_cultura_en_la_experiencia_del_cancer/links/5489835d0cf2ef3447929826/Influencia-de-la-cultura-en-la-experiencia-del-cancer.pdf)

Dilthey, W. (2000). *Dos escritos sobre la Hermenéutica*. Madrid. España: Istmo.

Giraldo, C; Arango, M. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención

del cáncer de mama. *Invest Educ Enferm*, 27 (2), 191-200.

Giraldo, M; Clara V. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama.

*Revista de Salud Pública*. 11(4). 514-525. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217814003>

Gonzales, P. (2011). El ideal estético en jóvenes de Medellín: percepciones desde algunas

prácticas de estética corporal. *Educación física y deporte*. 30(2). 597-604. Recuperado de:

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/educacionfisicaydeporte/article/view/113>

18/10351

Instituto nacional de cáncer. (22 de marzo de 2017). Estadísticas del cáncer. Estados Unidos:

*Instituto Nacional de cáncer (NIH)*. Recuperado de:

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>

Jorques, M. (2015). Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama. (Tesis Doctoral).

Universidad de Valencia, Valencia.

Kogan, L. (2003). La construcción social de los cuerpo o los cuerpos del capitalismo tardío.

*Persona: Revista de La Facultad de Psicología*, 6, 11–21.

Lima, A; Ferez, T; Seixas, A. (2017). Representaciones sociales del cáncer de mama. *Avances en*

*psicología latinoamericana*. 35(1). 95-116. recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5822742>

Lipovestky, G. (1990). *El imperio de lo efímero. La moda y su destino en las sociedades*

*modernas* (5ta ed.). Barcelona, España: Anagrama.

Manen, M. van. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Barcelona, España: Idea

Books.

Martínez, A; Lozano, A; Rodríguez, A; Galindo, Ó; Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta mexicana de Oncología*. 13(1), 53-58. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-X1665920114278797>

Martínez, R. (2007). *La investigación en la práctica educativa: Guía metodológica de investigación para el diagnóstico y evaluación en los centros docentes*. Madrid. España: Centro de investigación y documentación educativa (Cide). Recuperado de: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=2PzYqIa1C6UC&oi=fnd&pg=PA5&dq=La+investigaci3n+en+la+pr3ctica+educativa:+Guía+metodológica+de+investigaci3n+para+el+diagn3stico+y+evaluaci3n+en+los+centros+docentes&ots=gN607k4oyh&sig=dghlf6z3sYNNU2wJbyaGL6QvyZw>

Mass L (2014). El sujeto y la estética corporal en la sociedad contemporánea (algunas relaciones teóricas con el capitalismo y plus de gozar). *Psicogente*. 17(31), 155-162. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-01372014000100011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372014000100011)

Morales, E. (2017). La imagen corporal. Una propuesta didáctica para la enseñanza de las prácticas corporales a partir de la fenomenología de Merleau-Ponty. *Actas II Congreso internacional de la red española de filosofía*, 4, 55-70. Recuperado de: <http://redfilosofia.es/congreso/wp-content/uploads/sites/4/2017/07/4.8.pdf>

Organización mundial de la salud. (Sin fecha). Cáncer de mama: prevención y control. *Organización mundial de la salud (Who)*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>

- Ossa, A. (2012). Representaciones sociales acerca de la feminidad entre mujeres estudiantes universitarias y trabajadoras. (Tesis de maestría). Universidad de San Buenaventura, Medellín.
- Palacios X y González M. (2015). Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico. *Avances en la psicología latinoamericana*. 33(3), 497-515. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a10.pdf>
- Parra, C; García, L y Insuasty, J. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista colombiana de psiquiatría*. 40(1), 65-84. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n1/v40n1a07.pdf>
- Raich, R. (2000). *Imagen Corporal. Conocer y Valorar el propio cuerpo*. Madrid. España: Piramide
- Redacciones EL TIEMPO. (19 de octubre de 2016). Detección del cáncer de mama va más allá del autoexamen. *El Tiempo*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/colombia/medellin/dia-mundial-del-cancer-de-seno-47955>
- Salaberria, K; Rodríguez, S; Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*. 8, 171-183. Recuperado de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
- Sampieri, R., Collardo, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico. D.F, Mexico. Interamericana Editores
- Schilder, P. (1983). *Imagen y apariencia del cuerpo Humano*. Barcelona, España: Paidós.
- Slade, P. D. (1994). INVITED ESSAY WHAT IS BODY IMAGE? *Behav. Res. Ther. Elsevier Science Ltd*, 32(5), 497–502. Recuperado de:

<http://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-0005796794901368/first-page-pdf>

Tadeo, J. (2011). Fenomenología Y Hermenéutica Como Epistemología De La Investigación.

*Revista Paradigma. 2*, 7–22. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.ve/pdf/pdg/v32n2/art02.pdf>

Teresa, M. (2010). Descartes y el cuerpo-máquina. *Pensamiento*, 66(249), 755-770. Recuperado

de: <https://revistas.upcomillas.es/index.php/pensamiento/article/viewFile/2491/2192>

Turner, B. S. (1984). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. Mexico, D.F,

Mexico: Basil Blackwell.

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona, España. Gedisa

Editorial. Recuperado de: [jbposgrado.org/icuali/investigacion cualitativa.pdf](http://jbposgrado.org/icuali/investigacion%20cualitativa.pdf)

Vieira, E; Santos, D; Santos, M; Giami, A. (2014). Vivencia de la sexualidad después del cáncer

de mama: estudio cualitativo con mujeres en rehabilitación. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*

22(3), 408-414. Recuperado de: [www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es\\_0104-1169-rlae-22-03-](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00408.pdf)

[00408.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00408.pdf)

Zabalza, M. (2004). *Diarios de clase. Un instrumento de investigación y desarrollo profesional*.

Madrid. España: Narcea.