

“MÁS QUE UN ESPEJO”
ASOCIACIÓN ENTRE LA ACTITUD HACIA LA IMAGEN CORPORAL Y LA
ACTITUD RESILIENTE EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y
MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA ATENDIDAS EN INSTITUCIONES DE
CANCEROLOGÍA DE LA CIUDAD DE NEIVA

ÁNGELA VIVIANA WILCHES CABRERA
JESSICA NATALIA SUÁREZ REYES

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Psicóloga

Asesor:
JULIO ROBERTO JAIME SALAS
Psicólogo Magister

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA - HUILA
2012

“MÁS QUE UN ESPEJO”
ASOCIACIÓN ENTRE LA ACTITUD HACIA LA IMAGEN CORPORAL Y LA
ACTITUD RESILIENTE EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y
MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA ATENDIDAS EN INSTITUCIONES DE
CANCEROLOGÍA DE LA CIUDAD DE NEIVA

ÁNGELA VIVIANA WILCHES CABRERA
JESSICA NATALIA SUÁREZ REYES

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA - HUILA
2012

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 12 de diciembre de 2012

DEDICATORIA

Samuel hijo, quiero que sepas que el esfuerzo y la dedicación que tu impongas sobre las metas en tu vida, siempre estarán atravesadas por obstáculos y recompensas... el alcanzarlas y disfrutar de ellas, depende de tu constancia, de tu interés y de tu decisión; porque las cosas no llegan por azar, más bien es un conglomerado de causas y efectos, que circunscriben tu vida y le van dando forma; recuerda bien que las grandes victorias de la historia, han tenido sus derrotas, esto porque aprenden a levantarse para realmente triunfar... Te amo hijo.

Jessica Natalia

Mamá, esto es por ti y para ti... agradezco con el corazón la labor que con tanto esfuerzo y dedicación has hecho sobre mí... eres para mí, más que un ejemplo, más que una motivación, eres mi inspiración y mi motor en la vida... esto es algo, de lo poco o mucho que puedo hacer por ti, me has dado lo mejor de tu vida, por tanto, no puedo hacer más que pensar y querer darte lo mejor de la mía... esto es producto de un esfuerzo inmenso, y hoy se ven reflejadas mis mejores intenciones, Te amo mamá.

Germán, me has dado más lecciones en la vida de las que piensas, eso enriquece mi vida, por tanto, es mucho lo que tengo que brindar para ti...

A diferentes personas que me acompañaron en este largo proceso, algunas permanecen, otras no... a ellas gracias por comprender, contribuir, interesarse y disfrutar la construcción de este trabajo, por

*su compañía, paciencia, colaboración. A mis amigos, sin duda alguna,
aquí también hay mucho de ustedes.*

Ángela Viviana

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos

A la psicóloga Esperanza Cabrera, quien con su dedicación, tiempo e interés, logró orientar y materializar las intenciones y deseos de llevar a cabo un trabajo investigativo que aportara a nuestro proyecto de vida personal y profesional.

Al psicólogo y magister Julio Roberto Jaime Salas, que enriqueció y aportó significativamente la construcción de la investigación, dedicando tiempo y valiosos conocimientos para la concreción del trabajo.

A nuestros padres, quienes apoyaron con nosotras las traspasadas, creyeron en nuestras habilidades y capacidades y una vez más, fueron partícipes de un logro en nuestras vidas.

Agradecemos el apoyo brindado por la Unidad de cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, al Centro oncológico Licáncer – Huila de la Liga de lucha contra el cáncer – seccional Huila y a la Unidad Oncológica Surcolombiana S.A.S, que permitieron llevar a cabo satisfactoriamente el cumplimiento de la presente investigación con una disposición incondicional.

Un profundo reconocimiento y agradecimiento al doctor Eugenio Saavedra Guajardo, psicólogo y licenciado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Magister en investigación y Doctor en educación y las profesionales en psicología y enfermería especialistas en el cuidado de pacientes oncológicos, que aportaron elementos y observaciones de fundamento para la construcción del instrumento.

A las 25 mujeres que participaron de manera excepcional en la investigación, mil gracias por abrirnos su corazón, contar su experiencia y dar valor al trabajo realizado, indudablemente, son para nosotras un ejemplo de vida.

A usted lector, que vivirá de nuevo cada esfuerzo dedicado a esta investigación cuando haga uso de ella.

Y por último pero no menos importante, a Dios quien vio el deseo de nuestro corazón y permitió que se realizara.

Unas sinceras gracias.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2. ANTECEDENTES	18
3. JUSTIFICACIÓN	28
4. OBJETIVOS	31
4.1 OBJETIVO GENERAL	31
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5. MARCO TEÓRICO	32
5.1 CÁNCER DE MAMA	33
5.2 MASTECTOMÍA	35
5.3 ACTITUD	36
5.4 RESILIENCIA	40
5.5 IMAGEN CORPORAL	49
5.6 HIPÓTESIS	53
6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	54
7. METODOLOGÍA	69
7.1 TIPO DE ESTUDIO	69
7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	70
7.2.1 Población	70
7.2.2 Muestra	70
7.2.3 Criterios de inclusión	70
7.3 ETAPA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	70
7.3.1 Fase de aproximación teórica	70
7.3.2 Fase de construcción y validación de los instrumentos	71
7.3.3 Fase de aplicación y recolección de datos	74
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	77
9. RESULTADOS	81
9.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	81
9.1.1 Caracterización de la población	81
9.1.2 Análisis descriptivo de las escalas	82
9.1.2 Análisis de frecuencias	85
9.2 ANÁLISIS INFERENCIAL NO PARAMÉTRICO- CORRELACIÓN DE SPEARMAN	88
10. DISCUSIÓN	89
11. CONCLUSIONES	93
12. RECOMENDACIONES	94
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS	104

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estadísticos de fiabilidad de la escala de actitud hacia la imagen Corporal	73
Tabla 2. Estadísticos de fiabilidad de la escala de actitud resiliente	73
Tabla 3. Percentiles de la escala de actitud hacia la imagen corporal	75
Tabla 4. Percentil 25, 50 y 75 de la escala de actitud hacia la imagen Corporal	75
Tabla 5. Percentiles de la escala de actitud resiliente	75
Tabla 6. Percentil 25, 50 y 75 de la escala de actitud resiliente	76
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la escala de actitud resiliente	82
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la escala de actitud hacia la imagen Corporal	84
Tabla 9. Distribución de frecuencias de la actitud resiliente	85
Tabla 10. Distribución de frecuencias de la actitud hacia la imagen corporal	87
Tabla 11. Correlación de las escalas actitud hacia la imagen corporal y actitud resiliente	88

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Diagrama de caja de escala de actitud resiliente	83
Figura 2. Diagrama de caja de escala de actitud hacia la imagen corporal	84
Figura 3. Diagrama de dispersión	85
Figura 4. Frecuencia de datos de actitud resiliente	86
Figura 5. Frecuencia de datos de actitud hacia la imagen corporal	87

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Revisión y evaluación de los ítems de los instrumentos por parte de jueces.	105
Anexo B Consolidado de ítems corregidos para cada instrumento	129
Anexo C Cuadernillo y planilla de respuestas de la prueba de actitud resiliente	140
Anexo D Cuadernillo y planilla de respuestas de la prueba de actitud hacia la imagen corporal	146
Anexo E Consentimientos informados	154

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la asociación que existe entre la actitud resiliente y la actitud hacia la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

Para cumplir este objetivo, se crearon dos instrumentos para medir las variables de actitud resiliente y actitud hacia la imagen corporal, los cuales fueron validados con una prueba piloto aplicada a 10 mujeres.

La aplicación del instrumento a la muestra, se llevó a cabo en un solo momento, a 15 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y con procedimiento quirúrgico de mastectomía radical modificada, atendidas en la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Centro Oncológico Licáncer Huila de la Liga contra el cáncer seccional Huila y la Unidad Oncológica Surcolombiana S.A.S.

Los resultados obtenidos, permitieron concluir que existe una asociación positiva moderada entre las dos variables, a partir de la obtención de un coeficiente de correlación de Spearman de 0.608, interpretación dada a partir de los datos obtenidos de la muestra.

Palabras claves: cáncer de mama, mastectomía radical modificada, actitud, resiliencia, imagen corporal.

ABSTRACT

This study is aimed to analyze the relationship between attitude and resilient attitude towards body image in women with breast cancer and modified radical mastectomy.

To meet this objective, two instruments were developed to measure the variables of attitude and resilient attitude toward body image, which were validated with a pilot test with 10 women. This study is aimed to analyze the relationship between attitude and resilient attitude towards body image in women with breast cancer and modified radical mastectomy.

The application of the instrument to the sample, was performed in one single moment, fifteen women diagnosed with breast cancer and surgical procedure modified radical mastectomy, treated at the Cancerology Unit of the Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Oncology Licancer Center Huila of the anticancer League of Huila and Oncology Unit Huila of Surcolombiana SAS

The obtained results allowed conclude that there is a moderate positive correlation between the two variables from obtaining a coefficient of Spearman correlation of 0.608, given interpretation based on the data obtained from the sample.

Key words: resilient attitude, breast cancer, modified radical mastectomy, body image.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama “consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido”; el pronóstico de la enfermedad en gran medida, depende del estadio en el que se encuentre y se diagnostique, dándole una viabilidad para determinar el tratamiento, que implica procedimientos como la quimioterapia, radioterapia y cirugía (mastectomía). Esta enfermedad es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres en el mundo, con 460.000 defunciones al año. Según Angarita y Acuña¹, en Colombia, la tasa de incidencia del tumor ha crecido más en los últimos 30 años, pasando del quinto al segundo lugar, en el escalafón de las enfermedades que más muerte de mujeres deja. Se hace énfasis en la mastectomía radical modificada, ya que es una de las opciones de tratamiento más utilizadas para el cáncer de mama, y al mismo tiempo, la que involucra implicaciones serias en la imagen corporal de la mujer, debido a que catalogan este procedimiento como una agresión y mutilación de su feminidad², además de presentar estados emocionales de depresión, ansiedad, angustia y preocupación por mantener su vida, llegando a afectar sus relaciones interpersonales, familiares, laborales.

Esto afecta considerablemente la actitud resiliente, que corresponde a una adaptación saludable que podría tener la mujer frente al nuevo estado corporal, permitiéndole sobrellevar todos los cambios implicados y recuperarse satisfactoriamente.

Con el objetivo de responder a esta necesidad, la presente investigación, tuvo como propósito analizar la asociación que existe entre la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada. La investigación cuenta con todas las consideraciones éticas pertinentes y requeridas para su ejecución.

¹ ANGARITA, Fernando Andrés y ACUÑA, Sergio Andrés. Cáncer de Seno: de la epidemiología al Tratamiento. En: Universitas Médica. [En Línea]. Vol. 49, No. 3. (2008); p. 345. [Consultado el 18 de agosto de 2011]. Disponible en <<http://med.javeriana.edu.co/publi/vuniversitas/serial/v49n3/4.%20Cancer.pdf>>

² THOMAS, CLAUDET Pierre y SABORIO, Hernández Flory. Consecuencias Psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. En: Revista Costarricense de ciencias médicas.[En Línea].Vol. 6, No. 2 (1985). [Consultado el 10 de abril de 2011]. Disponible en <<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v6n2/art4.pdf>>.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama “consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido”; el pronóstico de la enfermedad en gran medida, depende del estadio en el que se encuentre y se diagnostique, dándole una viabilidad para determinar el tratamiento, que implica procedimientos como la quimioterapia, radioterapia y cirugía (mastectomía).

Dentro del procedimiento quirúrgico de la mastectomía, se presentan diferentes tipos de intervención. La mastectomía radical modificada, es una de las cirugías que tiene implicaciones serias en la imagen corporal de la mujer, sumada a todas las secuelas dejadas por el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Se estima que el cáncer de mama es la principal causa de muerte de mujeres en el mundo, con 460.000 defunciones al año, pérdida irreparable para la configuración de la estructura social. Según la Organización Mundial de la Salud³, el cáncer de mama representa el 16% de los cánceres femeninos, estimando que en el 2004 murieron 519000 mujeres por esta enfermedad.

Angarita y Acuña⁴, plantean que en Colombia, la tasa de incidencia del tumor ha crecido más en los últimos 30 años, pasando del quinto al segundo lugar, en el escalafón de las enfermedades que más muerte de mujeres deja. De igual forma, “Los grupos poblacionales más afectados son las mujeres de 30 a 69 años. La incidencia ponderada en las mujeres de 30-50 años es de 80x100.000 mujeres y el 80% de los casos se encuentran en estado avanzado, con una esperanza de vida limitada”⁵.

Como se plantea en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, el “cáncer de mama ocupó el primer lugar con cerca de 7.000 casos nuevos cada año,

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer de mama: prevención y control.]. [Consultado el 20 de agosto de 2011]. Disponible en:<<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html>>

⁴ ANGARITA, Fernando Andrés y ACUÑA, Sergio Andrés. Cáncer de Mama: de la epidemiología al Tratamiento. En: Universitas Médica. [En Línea]. Vol. 49, No. 3. (2008); p. 345. [Consultado el 18 de agosto de 2011]. Disponible en <<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v49n3/4.%20Cancer.pdf>>

⁵ MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Promoción y Prevención. Norma técnica para la detección del cáncer de mama. Parte de la Resolución No. 00412 de 2000. Colombia.

seguido del cáncer de cuello uterino con 5.600 casos nuevos cada año”⁶. Así mismo, la incidencia de cáncer de mama en Colombia se estima en 31.2 casos nuevos por 100.000 mujeres.

De acuerdo con las estadísticas de la Secretaria de Salud del Huila⁷, entre el 2005 y el 2009, se reportaron 837 casos de cáncer de mama y de los cuales 200 defunciones asociadas a esta patología. Estos datos, dilucidan una preocupación para las propuestas de prevención, ya que la enfermedad se presenta en edades tempranas, entre los 21 y 41 años, afectando al 35% de la población total, esto, sumado a que según la Norma Técnica anexa a la Resolución 412 de 2000⁸ la edad para la detección del cáncer de mama por medio de la mamografía es la de los 45 años; para la población de menor edad, se promueve la práctica del autoexamen, de ahí la importancia de que la población menor a 45 años, tenga la información necesaria para prevenir la enfermedad.

Al considerar los aspectos epidemiológicos mencionados anteriormente, el cáncer de mama es una enfermedad de relevancia social y de interés de salud pública, al afectar una cifra considerable de la población, por lo que sugiere la necesidad de un acercamiento minucioso de investigaciones que aporten elementos para la prevención de la enfermedad, al igual que programas de intervención para el tratamiento de las pacientes afectadas de una manera integral.

Según Yáñez, Thompson y Stanton⁹, la enfermedad tiene implicaciones psicológicas considerables, que afectan a la paciente en su calidad de vida, esta situación genera ansiedad, depresión, angustia por preservar su vida, preocupación por su actividad sexual, e intranquilidad por el estado de su imagen corporal, que se evidencian en ambientes sociales, personales, laborales, entre otros.

⁶ PROFAMILIA. Detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010

⁷ PARLAMARCHUK, Olena. Registro de Cáncer en el Huila. Secretaria de Salud del Huila. 2005-2009. Neiva.

⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Obligatorio de Salud. Guías de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Guías de Detección Temprana. Tomo1. Resolución N° 412 de 2000. Colombia.

⁹ YANEZ, Betina; THOMPSON, Elizabeth y STANTON, Annette L. Quality of life among Latina breast cancer patients: a systematic review of the literature. En: JournalOfCancerSurvivorship. [En línea]. Vol. 5, No. 2 (2011); p. 192. [Consultado el 20 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://www.springerlink.com/content/71317746u8015g62/fulltext.pdf>>.

Dentro de las secuelas más evidentes y relevantes del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, se encuentra la insatisfacción con su imagen corporal, después del procedimiento quirúrgico al que han sido sometidas, en el caso específico de esta investigación, la mastectomía radical modificada¹⁰, que es la técnica más utilizada actualmente. En esta cirugía la mama es extirpada completamente pero los músculos pectorales permanecen, quedando una cicatriz horizontal donde estaba la mama, siendo esta cirugía necesaria en algunos casos, muchas mujeres escogen esta opción de tratamiento. Esta experiencia es considerada por las mujeres como “una agresión y mutilación de su feminidad”, incluso algunas consideran, que “dejaron de ser mujeres a partir de ese momento fatídico”¹¹.

De esta manera, este hecho representa un cambio importante en la estructura psicológica de la paciente, en lo que respecta a la actitud hacia su imagen corporal, y el positivo desenvolvimiento con su entorno físico. El concepto de resiliencia propone “la capacidad de una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos”¹², como un proceso psicológico restaurador que le permite a la persona continuar con su vida.

En pacientes con cáncer de mama que han sido sometidas a este procedimiento, la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente podrían estar relacionadas, por lo que surge la necesidad de investigar la asociación entre estas dos variables para posibilitar nuevas soluciones terapéuticas, desde el ámbito psicológico.

Por lo planteado anteriormente, surge la pregunta ¿Qué asociación existe entre la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en pacientes con cáncer de mama, que han sido sometidas a la mastectomía radical modificada?

¹⁰NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK.Op. cit., p. 32

¹¹ THOMAS, CLAUDET Pierre y SABORIO, Hernández Flory. Consecuencias Psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. En: Revista Costarricense de ciencias médicas.[En Línea].Vol. 6, No. 2 (1985). [Consultado el 10 de abril de 2011]. Disponible en <<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v6n2/art4.pdf>>.

¹²WALSH,Froma.Resiliencia Familiar: Estrategias para su afrontamiento. 1° ed. Buenos Aires – Madrid :Aamorrtu, 2004. p. 26

2. ANTECEDENTES

Las investigaciones que se han realizado sobre el cáncer de mama son numerosas, y evidencian una relevancia en aspectos epidemiológicos, de tratamiento en áreas biológicas de la enfermedad y exploración de los factores psicológicos que intervienen en esta enfermedad que nos acerca al estudio de interés.

A nivel internacional, se encuentran numerosas investigaciones que relacionan los problemas de la actitud hacia la imagen corporal con la enfermedad del cáncer de mama.

“Un estudio longitudinal acerca de la imagen corporal y el ajuste psicosocial de pacientes con cáncer de mama en el transcurso de la enfermedad”, investigación realizada por Moreira y Canavarro¹³ que tuvo como objetivo evaluar la imagen corporal de las pacientes con cáncer de mama y su relación con el ajuste psicosocial, desde el periodo cercano después de la cirugía (T1) hasta 6 meses después del tratamiento final (T2).

La muestra para la investigación fue tomada del Departamento de Ginecología del Hospital Universitario de Coimbra, EPE (CUH) un hospital público central en la región central de Portugal. Las mujeres tenían que haber sido diagnosticadas con cáncer de mama, mayores de 18 años, ausencia de trastornos psiquiátricos y sin evidencia de metástasis. Los datos fueron recolectados en dos momentos: después de la cirugía primaria (T1) y 6 meses después de que los tratamientos adyuvantes habían terminado. Las mujeres fueron consultadas durante su estancia en el hospital y quienes aceptaron voluntariamente, diligenciaron el cuestionario después de la cirugía. La segunda evaluación se hizo 6 meses después, por correo y enviado 15 días después a los investigadores.

Se contactaron 87 pacientes en total, de las cuales solo 56 participaron en las dos evaluaciones. Los instrumentos empleados fueron: la escala de apariencia de Derriford, usada para evaluar la autoconciencia de la apariencia, la incomodidad y la inhibición a causa de la apariencia; la subescala de vergüenza corporal de la

¹³MOREIRA, Helena y CANAVARRO, María Cristina. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *En: European Journal of Oncology Nursing*. [En línea]. Vol. 14 (2010). p. 263-270. [Consultado el 28 de marzo de 2012]. Disponible en: <[http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(10\)00062-1/fulltext](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(10)00062-1/fulltext)>

Escala de Experiencias Vergonzosas (SEE), la satisfacción de la apariencia fue evaluada mediante un solo ítem “¿está satisfecho con su apariencia física?”; el inventario de esquemas de la apariencia fue usado para evaluar la apariencia de inversión; la calidad de vida fue evaluada por medio de la percepción subjetiva de la calidad de vida de cada persona del WHOQOL – Bref de la Organización Mundial de la Salud, validado para la población portugués; la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión fue utilizada para medir el ajuste emocional. Se realizó un análisis estadístico con SPSS versión 17.0 midiendo el alfa de Cronbach para la consistencia interna de los instrumentos, correlación de Pearson entre las variables sociodemográficas y clínicas de T1 y T2.

En cuanto a los resultados, se demostró que la correlación entre las variables sociodemográficas – clínicas y variables dependientes en T2 mostraron asociaciones significativas entre sí: edad y autoconciencia de apariencia, educación y dominios psicológicos, sociales y físicos, estado civil marital y autoconciencia de apariencia, cirugía y vergüenza corporal y satisfacción de la apariencia.

Estos resultados representan una importante contribución al conocimiento del tema, en la medida en que evalúan detalladamente cada aspecto implicado después de la cirugía de cáncer de mama, como el valor predictivo que tiene el tipo de cirugía para la imagen corporal, planteando que la mastectomía estaba asociada con una alta vergüenza corporal e insatisfacción con la apariencia en la segunda evaluación, comparado con la cirugía conservadora del mama.

Pat Fobair, Susan L., *et al*¹⁴, realizaron el estudio titulado “Body image and sexual problems in young women with breast cancer”, tuvo como objetivo determinar la frecuencia de problemas sexuales y de imagen corporal durante los primeros meses de tratamiento después del diagnóstico de cáncer de mama en mujeres de 50 años o menores. Esta investigación hizo parte de un macro proyecto, “El cáncer de mama en mujeres jóvenes: un enfoque basado en la población”, cuyo objetivo fue desarrollar y evaluar los grupos de apoyo psico-educacionales para ayudar a las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

En el estudio participaron mujeres con diagnóstico entre los años 1994 y 1997. La muestra fue de 549 mujeres, casadas o con una relación estable, diagnosticada con cáncer de mama in situ, local o regional, sometidas a cirugía antes de la intervención. Los datos se obtuvieron a través de una entrevista personal con

¹⁴ FOBAIR, Pat, *et al.* Body Image and Sexual Problems in Young Women With Breast Cancer. En: Psycho-Oncology. [En línea]. Vol. 15 (2006). p. 579 – 594. [Consultado el 14 de agosto de 2011].

preguntas acerca de la intervención quirúrgica, estado de salud general, calidad de vida y características sociodemográficas.

En cuanto a los resultados, se encontró que solo las dos terceras partes de las mujeres eran sexualmente activas, las razones más comunes eran que el 50% de las mujeres no estaban interesadas, el 43% tenían problemas físicos que dificultaban sus relaciones sexuales o inconformidades, o el 42% estaban demasiado cansadas. La mitad de las mujeres manifestaron 2 o más problemas de imagen corporal alguna vez o la mayor parte del tiempo, estaban asociados generalmente al tipo de cirugía (mastectomía), la preocupación por el aumento o pérdida de peso, pérdida de cabello debido a la quimioterapia, mayor dificultad de comprensión de los sentimientos por parte de la pareja. Finalmente se encontró una correlación entre los problemas sexuales y de la imagen corporal, teniendo en cuenta las características sociodemográficas, estadio de la enfermedad, tipo de cirugía y factores físicos y sociales.

Este estudio es importante pues dimensiona una correlación positiva entre la imagen corporal y los problemas sexuales que pueden presentar las mujeres con cáncer de mama, apoyando la idea de que dependiendo del tipo de mastectomía realizada, se presentan diferentes problemas con la imagen corporal, haciendo aún más difícil y complejo el proceso de adaptación y recuperación del evento significativo.

Manos Dimitra, *et al*¹⁵, desarrollaron la investigación titulada “Body Image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer”, cuyo objetivo fue determinar la influencia de las variables sociodemográficas, el tipo de cáncer, cantidad de apoyo social y calidad de vida, en la imagen corporal y autoestima de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama e intervenidas quirúrgicamente.

Se contó con 54 participantes entre 28 y 68 años de edad, con cáncer no metastásico, que habían sido operadas, del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital de La Paz de Madrid, España. Las pacientes fueron evaluadas después de la cirugía y consultadas acerca de la voluntad para participar en la investigación. Se hizo la medición de datos sociodemográficos, el apoyo social percibido a través de la pregunta: “¿cómo te sientes con el apoyo que

¹⁵MANOS Dimitra, *et al*. Body image In relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. En: Psicooncología. [En línea].Vol. 2, No. 1(2005). p. 103-116. [Consultado el 14 de agosto de 2011]. Disponible en: <<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120103A/16113>>

te presta la gente a tu alrededor?”. La información acerca del tipo de cirugía se obtuvo a través de los archivos médicos de los pacientes, el autoestima, fue medida con la escala de autoestima de Rosenberg, la imagen corporal fue medida a través del Cuestionario de Imagen Corporal realizado por los autores de la investigación, que consta de 12 ítems, teniendo en cuenta aspectos como la insatisfacción con la apariencia, pérdida de masculinidad y feminidad, efectos adversos del tratamiento y pérdida de la integridad del cuerpo, entre otros. La calidad de vida, fue evaluada con el cuestionario E.O.R.T.C. (European Organization for Research and Treatment of Cáncer).

El estudio permitió reconocer que las mujeres casadas y que han recibido tratamiento conservador, tienen una imagen corporal más positiva frente a las solteras y a las mastectomizadas.

Esta investigación es importante pues considera que la imagen corporal y autoestima se encuentran relacionadas con el proceso de adaptación y recuperación del evento significativo. Una cirugía conservadora tendría gran repercusión en dicho proceso restaurador, trayendo una imagen corporal más positiva, reafirmando la hipótesis de que la imagen corporal afecta significativamente el autoestima de la mujer y si puede posibilitar la capacidad para tener una actitud resiliente.

La investigación “The body image and relationships scale: development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors”, realizada por Hormes, Julia., *et al*¹⁶, tuvo como propósito elaborar una medida de autoregistro de imagen corporal en mujeres sobrevivientes con cáncer de mama, que fue desarrollado para evaluar las actitudes acerca de la apariencia, la salud, la fuerza física, sexualidad, relaciones y funcionamiento social después del tratamiento.

El instrumento de 32 ítems fue administrado a 95 mujeres con cáncer de mama. La confiabilidad, consistencia interna y validación del instrumento fue evaluada a través de normas estándar de técnicas de construcción. La estructura de la medida propuesta se evaluó mediante la exploración de análisis de los factores. Las asociaciones de los factores resultantes y otras variables se evaluaron mediante análisis extremo de grupos. La BIRS tuvo una confiabilidad y

¹⁶ HORMES, Julia M., et al. The Body Image and Relationships Scale: Development and Validation of a Measure of Body Image in Female Breast Cancer Survivors. *En*: Journal of Clinical Oncology. Marzo 10 de 2008. Vol. 26 no. 8, p. 1269-1274.

consistencia interna satisfactoria. Se revelaron 3 factores: (1) salud y fuerza, (2) las barreras sociales y (3) la apariencia y la sexualidad. Las correlaciones de las subescalas con medidas estandarizadas de construcciones relacionadas fueron significativas y dirigidas como estaba previsto. El análisis extremo de grupos, sugirió asociaciones entre pérdida de la actividad física y más deterioro de los factores 1 y 3, el estado de pre-menopáusicas en el primer diagnóstico y más deterioro en el factor 2, y una edad temprana en el momento del estudio y más deterioro en el factor 3.

A partir de los resultados, se pudo concluir que la propuesta de la escala demostró una confiabilidad y consistencia interna satisfactoria. El análisis de los factores reveló tres subescalas con coherencia en el contenido de los ítems y asociaciones diferenciales con medidas del nivel de la actividad, el estado de la menopausia y la edad. Relaciones observadas con el apoyo de otras medidas de validez convergente y divergente. Los resultados sugieren que la escala propuesta es útil para aplicaciones clínicas y de investigación.

Esta investigación, es relevante para el estudio, en la medida en que proporciona un aporte metodológico sobre el instrumento para medir la actitud hacia la imagen corporal, teniendo en cuenta que algunos ítems de esta prueba, fueron empleados y modificados para la construcción del instrumento elaborado en la presente investigación.

En el ámbito nacional, existen investigaciones que nos aproximan a algunas dimensiones relevantes en el estudio de este tema, son las siguientes:

Otra investigación es la del “Perfil biopsicosocial de los pacientes con cáncer de mama que asisten a los centros de atención ambulatoria y al servicio de Oncología de la Clínica San Pedro Claver seccional Cundinamarca”¹⁷, desarrollada por Rocío Osejo. El objetivo fue establecer un perfil de los factores de riesgo en el desarrollo de cáncer de mama, como los factores estresantes, la actividad económica, antecedentes familiares, y conocer algunas variables fisiológicas, por medio de una revisión de historias clínicas y entrevistas, que hizo evidente la prevalencia de edad para presentar cáncer de mama, oscilando entre mujeres de 40-46 años, con un estado civil de viudas o separadas, reconociendo que este hecho ya tiene un recorrido histórico y cualidades específicas. Esta investigación no profundiza en

¹⁷OSEJO, López Rocío. Perfil Biopsicosocial de los pacientes con Cáncer de Mama asistentes a los Centros de Atención Ambulatoria y al Servicio de Oncología de la Clínica San Pedro Claver. Proyecto de Tesis de grado Psicólogo. Bogotá. Universidad Nacional. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Psicología. 1996. p. 241,11h

las cualidades subjetivas que implica la enfermedad en las mujeres que la padecen.

La investigación “Calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de mama”¹⁸ fue realizada por Vera Perales, que tuvo como objetivo describir el impacto ocasionado por las diferentes estrategias terapéuticas, en relación con la calidad de vida y las dimensiones física, psicológica, social y ocupacional, de los de pacientes sobrevivientes con cáncer de mama; por medio de una revisión documental de 1996 al 2005, sobre el tema de calidad de vida en pacientes sometidas a diferentes alternativas, como la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía. Esta investigación permitió reconocer los aspectos que más afectan a la paciente, desde el punto de la dimensión psicológica, como el miedo, ansiedad, depresión y ajuste a la enfermedad, y en las dimensiones tanto social, como ocupacional, se pudo unificar en un solo criterio en este tipo de pacientes, puesto que se afecta tanto el rol en el cual se desenvuelve cada paciente, lo que evidenció incapacidad para desempeñar actividades laborales o propias del hogar como las relaciones sociales por la dificultad en la interacción social y el aislamiento. Esta investigación permite reconocer la afección que deja la enfermedad y posterior mastectomía en las dimensiones de desempeño la vida de la mujer, estas determinan sustancialmente la continuidad de su vida.

“Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en español, para evaluar las estrategias de afrontamiento en pacientes”¹⁹, es una investigación de Sandra Vargas, que tuvo como objetivo establecer la confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory (BCI) versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama; es un estudio psicométrico para determinar la validez y confiabilidad en su versión español, para ello se escogieron 140 mujeres de la unidad oncológica de Bogotá, la prueba tiene 28 ítems y evalúa 14 estrategias de afrontamiento, se logró establecer los parámetros de confiabilidad del instrumento como una herramienta en el proceso de atención de enfermería, que permitirán a los profesionales de la salud plantear actividades que contribuyan a fortalecer programas de prevención y acciones dirigidas al tratamiento y recuperación de la enfermedad. Esta herramienta permite reconocer un primer acercamiento de las mujeres en la superación de su mastectomía y

¹⁸ PERALES, Vera Judith. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de mama. Trabajo de Grado Especialista en Enfermería Oncológica. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. 2008. p. 95h

¹⁹ VARGAS, Sandra Paola. Confiabilidad del cuestionario Brief Cope Inventory en versión Español, para evaluar las estrategias de afrontamiento en pacientes. *En: Investigación en Enfermería: imagen y desarrollo*. Enero a Junio del 2010. Volumen 12. N° 1. p. 7-24.

continuidad de vida, estableciendo las características necesarias en el proceso de atención.

“Reconstrucción mamaria Post-Mastectomía por Cáncer de Mama: implicaciones a nivel de calidad de vida e imagen corporal”²⁰, fue realizada por Alejandra Ramírez Vergara, el objetivo era determinar si existían diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida e imagen corporal, dependiendo de la reconstrucción mamaria a la cual fuera intervenida la paciente; para este proyecto, tomaron 113 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, distinguidas en tres grupos, mastectomizadas sin reconstrucción, reconstrucción mediata y reconstrucción diferida, por medio de la herramienta de calidad de vida se logró identificar el rango en el que se encontraba cada mujer luego de su cirugía, se concluyó que las reconstrucciones mamarias aportan beneficios significativos relacionados con la imagen corporal y las dimensiones que acompaña la calidad de vida, determinó que la restauración de la feminidad por medio de una reconstrucción da sentido de normalidad a las mujeres con cáncer de mama, implican una solución alternativa para la superación de la cirugía, obviando las cualidades psicológicas que podrían estar siendo afectadas, intentando a su vez dar una pronta intervención.

Según la revisión efectuada a nivel local se pueden evidenciar las siguientes investigaciones:

“Estado del arte de las definiciones de resiliencia abordadas y producidas en Colombia desde la psicología entre 1998 y 2008”, investigación realizada por Pérez, *et al.*,²¹ cuyo objetivo fue determinar el estado del arte de las definiciones de resiliencia abordadas producidas en Colombia entre los años de 1998 y 2008, identificando las denominaciones utilizadas por los autores para la conceptualización, conociendo las respuestas que según los autores, los individuos tienen en diferentes contextos de adversidad referenciadas por los autores, analizar las tendencias conceptuales de las definiciones de resiliencia e identificando la relación entre los diferentes autores.

Fue desarrollado desde un enfoque cuantitativo y un diseño de tipo descriptivo exploratorio. El estado del arte fue la metodología empleada, por ser una investigación de tipo documental. Se hizo la revisión a 137 programas de

²⁰ RAMÍREZ, Vergara María Alejandra. Reconstrucción mamaria post-mastectomía por Cáncer de Mama: Implicaciones a nivel de calidad de vida e imagen corporal. Proyecto Tesis de Grado Psicólogo. Bogotá. Universidad de los Andes. Biblioteca General Ramón de Zubiría. 2009. p. 94

²¹ PÉREZ *et al.* Estado del arte de las definiciones de resiliencia abordadas y producidas en Colombia desde la psicología entre 1998 y 2008. Trabajo de grado Psicólogo. Neiva, Huila. Universidad Surcolombiana. Facultad de ciencias sociales y humanas. Programa de psicología, 2010.

psicología registrados en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES), 148 grupos de investigación según clasificación Colciencias por área de conocimiento en psicología y 11 revistas de psicología indexadas según Publindex entre 1998 y 2008.

La recolección de la información se llevó a cabo por medio de la “Ficha de definiciones de resiliencia”, construida y diseñada por los investigadores.

Los resultados de la investigación, refieren un total de 155 registros; además, se realizaron categorías de clasificación: descriptor y respuesta del individuo. Se encontraron en total 110 definiciones, las cuales se redujeron a 11 claves al encontrar interrelación entre algunas de ellas, las claves son: actitud positiva, capacidad, comportamiento, habilidad, defensa, dinámica evolutiva, factor protector, enfrentamiento efectivo, historia de adaptación y producto. Con base en esto, se encontró que el 33.63 % de las definiciones estaban referidas como una “capacidad” y el 13.07 % como una “dinámica evolutiva”. Con respecto a la respuesta del individuo, se encontró que se presentan 97 maneras diferentes de asumir y responder a las situaciones, éstas fueron clasificadas en 11 claves de la siguiente manera: resistencia, crecimiento, recuperación, lucha, enfrentar, generar recursos, superar exitosamente, protección, equilibrio, evitar dificultades, ser fuerte invulnerable; el 45.45% emiten respuestas asociadas con el crecimiento, seguido del 31.82% de recuperación, en contraste con el 10 % como resistencia.

Solamente el 17.27 % de las definiciones encontradas, son nacionales, planteadas por autores colombianos, quienes en su mayoría definen resiliencia como una capacidad, que representa el 42.11 % del total de definiciones. El 52.63 % emiten respuestas relacionadas con el crecimiento. Al hacer la correlación de las dos categorías, se encontró que la resiliencia es entendida como la capacidad para recuperarse de la adversidad. Con un 8.18 %, se evidencia que entre los años de 1993 y 2004 se postularon mayor número de definiciones de resiliencia. El 48 % de las definiciones de resiliencia en Colombia, se formularon en los años de 2002,2005 y 2006.

Esta investigación constituye un antecedente y aproximación clave para el estudio, en la medida en que construye un cuerpo teórico y de conocimientos acerca de resiliencia, en un contexto en el cual poco se conoce y se estudia sobre el tema, dando la posibilidad de brindar elementos claves para la investigación en resiliencia, al igual que aportar información relevante en aspectos teóricos y bibliográficos, y contextualizar claramente la resiliencia entendida en Colombia.

“Narrativas de afrontamiento de la enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino que consultan la Liga de lucha contra el cáncer, sede Neiva, con edades entre 40-50 años”²² realizada por Luz Adriana Collazos Tovar, el objetivo era comprender el significado de las narrativas del afrontamiento de la enfermedad entre los 40-50 años que consultan la Liga de lucha contra el cáncer sede Neiva. Esta investigación se realizó desde un enfoque cualitativo y bajo una perspectiva sistémica, donde se implementó un método constructivista por medio de los relatos de vida. Contó con la participación de dos madres de familia con diagnóstico de cáncer de cérvix y en control, estudio que permitió reconocer algunas estructuras psicológicas que poseen las mujeres para superar su evento quirúrgico, como son la capacitación sobre la enfermedad, la red de apoyo y participación activa de las pacientes con la enfermedad son algunas de las narrativas de afrontamiento que les permite encarar la enfermedad. Esta investigación fundamenta la existencia de una afección de tipo psicológico que influye en la transformación y resignificación del evento adverso.

“Relación de las variables ansiedad y depresión con la calidad de vida en pacientes con tratamiento para cáncer gástrico de la Unidad de cancerología de Neiva”²³, es una investigación realizada por Andry Artunduaga, Edna Bustos e Isnelda Hernández, que tuvo como objetivo determinar cómo se relacionan la depresión y ansiedad con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico, para ello la investigación contó con un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, transversal- correlacional, con una muestra de 32 personas escogidas por conveniencia, a las que se les aplicaron pruebas como la escala de depresión de Zung (SDS), la escala de ansiedad de Zung (ASI), y el cuestionario de valoración de salud mental SF-36, esto demostró que la variable depresión no afecta la calidad de vida como sí lo representa la variable ansiedad en la enfermedad del cáncer gástrico, de esta manera, se encuentra que la ansiedad es una de las determinantes más importantes que acompaña la enfermedad del cáncer de mama que limita el proceso de adaptación después de la cirugía.

El abordaje que se evidencia del tema de cáncer es amplio y sus énfasis son diversos, se brindan alternativas terapéuticas a nivel psicológico, médico y fisioterapéutico que minimizan los daños ocasionados luego de la intervención

²² COLLAZOS, Tovar Adriana. Narrativas de Afrontamiento de la Enfermedad en Pacientes con Cáncer Cervico- Uterino que consultan la Liga de Lucha contra el Cáncer, Sede Neiva, con edades entre 40-50 años. Proyecto de Grado. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud. 2001.

²³ ARTUNDUAGA, AndryYisseth y BUSTOS Gaona, Edna Tatiana, HERNANDEZ REY Isnelda. Relación de las variables ansiedad y depresión con la calidad de vida en Pacientes con tratamiento para Cáncer Gástrico de la Unidad de Cancerología de Neiva. Proyecto de Trabajo de Grado Psicólogo. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud. Neiva. 2008.

quirúrgica, pero estos tratamientos suelen ser más de orden físico y biológico, lo que deja un vacío en aportes de investigaciones nacionales que profundicen en el proceso de restauración psicológico de la enfermedad y su intervención quirúrgica, pues la imagen corporal consideran aspectos psicológicos restauradores.

3. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a las contemplaciones del Plan nacional para el control del cáncer en Colombia del 2010 al 2019, menciona que “uno de los aspectos que motivan la formulación de acciones de control es la posibilidad que tienen las enfermedades crónicas de ser prevenidas, denotando que el 30% de los cánceres son prevenibles”²⁴, entonces, las alternativas deben girar en torno a los ámbitos que afectan a los pacientes para cubrirlos integralmente.

A pesar de la alta tasa de incidencia de cáncer en el país, y de la alta incidencia de cáncer de mama en el Departamento del Huila, esta enfermedad aún no se constituye como una problemática visible para la nación. En lo que concierne a los planes específicos para su control²⁵, a nivel político solo se intenta dar una cobertura en el material de salud, lo que permite controlar el consumo de tabaco; por otra parte, las organizaciones son en su mayoría de carácter privado, se encuentran en las capitales urbanas y están dedicadas a la modalidad terapéutica pero no responden a un modelo de atención integral²⁶, es decir, una visión psicológica y social del afectado.

Esta atención integral a los problemas de salud pública debe ser un lineamiento principal dentro de las responsabilidades de todo un sistema de salud, que permita la prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos esenciales para la salud.

El cáncer de mama es un evento significativo para la paciente, adicional a esto, el procedimiento de la mastectomía como tratamiento, afecta considerablemente el curso normal de la vida de la mujer que la padece, sin embargo se desconoce la implementación de los procedimientos terapéuticos restantes que responden a las demás necesidades de la paciente, es decir, las necesidades de orden psicológico y social.

Esta investigación responde a los lineamientos planteados en el Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia. Entre los objetivos del Plan Nacional, se encuentran: “el mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes del

²⁴MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Plan nacional para el control del cáncer en Colombia en 2010-2019. Febrero de 2010. Bogotá. Septiembre del 2010. p. 6.

²⁵ Ibíd., p.6

²⁶ Ibíd. p. 6.

cáncer y garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimientos e información para la toma de decisiones”²⁷.

Al mismo tiempo, el plan nacional, propone una intervención profesional integral, en los servicios que se ofrecen, para el seguimiento y tratamiento de la enfermedad de cáncer. De acuerdo con la Línea Estratégica Número 3 de atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer, del Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia en 2010 -2019, “es necesario orientar una rehabilitación física y de servicios necesarios para el paciente y su familia, para satisfacer las necesidades de diferente orden”²⁸. Para implementar un seguimiento en la calidad de los tratamientos oncológicos, de tal forma, que el servicio esté direccionado hacia los diferentes factores que influyen en la enfermedad del cáncer, los físicos y al mismo tiempo los psicológicos.

La Línea Estratégica Número 4 de mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes de cáncer, sugiere una “atención integral en la rehabilitación, promoviendo un orden biológico, psicológico, social y laboral de atención, que influye en el mejoramiento de la calidad de vida”²⁹.

Es un hecho, que existe una alta incidencia de la enfermedad de cáncer de mama en la población femenina en Colombia, y es común que esta población elija la mastectomía como el proceso quirúrgico de su tratamiento terapéutico porque reduciría el riesgo de reaparecer, lo que implica una necesidad de ahondar en el tema y crear estrategias de afrontamiento en esta intervención quirúrgica, pues es necesario ampliar el conocimiento sobre la influencia de la mastectomía radical modificada en las pacientes, de tal forma que se profundice en los factores psicológicos que influyen en la restauración psicológica de la mujer en su vida y así se pueda llegar a controlar dichos factores de riesgo en relación a su impacto. Esta investigación permite cubrir los vacíos de conocimiento entorno a diferentes elementos que podrían influir en el tratamiento terapéutico, como la resiliencia, que permitirían dar una restauración a la persona ante su enfermedad y la continuidad de su vida, implicando variables tan influyentes como la actitud hacia la imagen corporal y actitud resiliente, en la terapia quirúrgica de la mastectomía radical modificada.

²⁷ Ibíd. p. 7.

²⁸ Ibíd. p. 25.

²⁹ Ibíd. p. 27.

Por último, este estudio aporta información relevante para la constitución de lineamientos en investigación, con miras a dejar una base de conocimientos en estrategias de prevención e intervención del cáncer de mama, pues se aproxima a la visión del plan nacional, al considerar una necesidad el ofrecer una atención integral, permitiendo un trabajo desde el ámbito psicológico del paciente, ya que tendrá un gran impacto y beneficio para la población.

El desarrollo de esta investigación, permite abordar las necesidades psicológicas que actualmente afronta la población huilense en materia de tratamientos terapéuticos, ya que el procedimiento de mastectomía radical modificada en el cáncer de mama, impacta sustancialmente en la actitud hacia la imagen corporal del paciente, lo que alteraría y distorsionaría la continuidad de su vida.

Teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados anteriormente, la relevancia de esta investigación se centra además en el beneficio y aporte que en materia de investigación otorga a las diferentes instituciones a participar en la misma, partiendo del hecho en el que se genera investigación e interés en incursionar y proponer elementos importantes dentro del manejo terapéutico con estas pacientes, teniendo de base la información aportada por los resultados encontrados en la investigación, que toman un valor agregado al no encontrarse investigaciones en el departamento del Huila ni a nivel nacional sobre las posibles implicaciones o relevancia de las variables a medir en esta investigación.

Esto responde al propósito de esta investigación, al querer correlacionar la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en pacientes con cáncer de mama con mastectomía radical modificada.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la asociación entre la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la actitud hacia la imagen corporal establecida por las mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

Determinar la actitud de resiliencia en mujeres cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

Establecer la asociación entre la actitud hacia la imagen corporal y actitud de resiliencia en las mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

5. MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo de la presente investigación, es necesario tener definidos y conceptualizados los diferentes elementos particulares que hacen parte de la misma, teniendo en cuenta que es relevante definir la perspectiva desde la cual se van a tomar los diferentes conceptos, lo que permitirá una mayor aproximación y claridad durante el desarrollo del trabajo.

Inicialmente, se realiza una conceptualización del cáncer de mama, teniendo en cuenta elementos médicos, biológicos y terapéuticos de la misma, dentro del cual se mencionan algunos aspectos relevantes como la mastectomía radical modificada.

En segundo lugar se exponen diferentes teorías con respecto a las actitudes, enfocándose principalmente en la perspectiva tridimensional la cual reconoce tres componentes de la actitud (cognitivo, conductual y afectivo), reconociendo la importancia de tener claridad frente a este concepto.

A continuación, se presenta una construcción teórica de los diferentes enfoques y definiciones de la resiliencia, planteando que el constructo será tomado en la investigación desde un enfoque cognitivo conductual. De la misma manera, se finaliza con el concepto de imagen corporal, el cual también cuenta con una elaboración teórica, donde se presentan las diferentes perspectivas y se plantea nuevamente el enfoque cognitivo conductual en el cual se enmarcará la definición del concepto para la investigación.

Resulta importante poder profundizar en diferentes conceptualizaciones particulares del evento significativo del cáncer de mama, las implicaciones que tiene para la mujer cuando el tratamiento involucra la mastectomía radical modificada como tratamiento, relacionado al mismo tiempo con las actitudes resilientes y hacia la imagen corporal, lo que permitirá evidenciar el evento de una forma más cercana y completa.

5.1 CÁNCER DE MAMA

Según el Instituto Nacional del Cáncer, del Instituto Nacional de Salud de EE.UU.³⁰, en el cáncer de mama, se presenta el crecimiento de células cancerosas en el tejido mamario. Los tipos más comunes de cáncer de mama se clasifican por lo general de acuerdo a si está localizado (in situ), ya sea en los conductos mamaros o en los lobulillos presentes en la mama, o si por el contrario presenta invasión a dos o más tejidos, clasificándolo como invasivo.

*“El carcinoma lobulillar in situ (CLIS) se origina en las unidades lobulillares de los conductos terminales y sólo se desarrolla en la mama femenina, se caracteriza por distensión y deformación de las unidades lobulillar es del conducto terminal por células cancerosas, que son grandes para mantener una relación nuclearcito plásmica normal. (...) La frecuencia del CLIS en la población no puede determinarse con seguridad porque suele presentarse como un hallazgo incidental. La edad del momento del diagnóstico es de 44 a 45 años, cerca de 15 a 25 años menos que la edad a la que se diagnostica cáncer de mama invasivo. La proliferación del epitelio que recubre los conductos menores, que produce crecimientos papilares dentro de la luz del conducto, es la característica histológica del carcinoma ductal in situ. (...) el riesgo de cáncer invasivo de la mama es casi cinco veces más alto en mujeres con carcinoma ductal in situ”.*³¹

El cáncer de mama invasivo³², se propaga de los ductos y lóbulos al tejido de la mama. Existen tipificación también para éste tipo de cáncer, como el carcinoma invasivo ductal, en el que se puede presentar el cáncer medular, tubular, tumor metaplásico, carcinoma coloide; el carcinoma invasivo lobular que representa cerca del 10% al 15 % del cáncer invasivo de mama, empezando en los lóbulos y propagándose en el tejido graso de la mama, además del cáncer de mama inflamatorio y la presencia de tumores mixtos.

Además de clasificar el cáncer de mama de acuerdo a la localización y grado de

³⁰Instituto Nacional del cáncer EE.UU. Información general sobre el cáncer de mama. [Consultado el 20 de agosto de 2011]. Disponible en: <<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/mama/Patient>>

³¹BLAND Kirby I, BEENKEN Samuel W y COPELAND Edward M. Mama. En: ANDERSEN Diana K., et al. Principios de cirugía. McGraw Hill.8° Edición.Vol. I.

³²NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Guidelines for Patients.p.11, 12, 13. [En línea]. [Consultado el 20 de agosto de 2011]. Disponible en:<<http://www.nccn.com/images/patient-guidelines/pdf/breast.pdf>>

invasión, se han establecido etapas de la enfermedad. De acuerdo a la guía directriz de cáncer de mama para los pacientes³³, existen cinco etapas clasificadas de acuerdo al tamaño del tumor, a cuántos ganglios linfáticos estén afectados por el cáncer y a la presencia de células cancerosas en órganos distantes a la mama (metástasis). La etapa en la que esté el cáncer, es un factor fundamental para decidir el tipo de tratamiento que se llevará a cabo en la paciente. En ésta revisión, se expone claramente el sistema para definir las etapas del cáncer, que consiste en el sistema de clasificación TNM.

Sistema de Clasificación TNM³⁴: cada letra describe el crecimiento del cáncer de mama. La categoría T indica acerca del tamaño del tumor en centímetros, la categoría N refiere la extensión del cáncer en los ganglios linfáticos y la M dice acerca de si el cáncer se ha propagado a otros órganos. Esta clasificación es combinada con la asignación de los estados de cáncer que van de 0 al IV. A continuación, se presentarán los estadios de cáncer de acuerdo a ésta clasificación, presentada igualmente en la guía directriz de cáncer de mama para pacientes³⁵.

Estadio 0: El cáncer no es considerado invasivo. El carcinoma lobulillar y ductal está localizado y el cáncer no ha afectado a los ganglios linfáticos.

Estadio I: El tumor ya es invasivo. El tamaño es de 2 cm o menor al diámetro. No se ha propagado el cáncer o el tumor está muy pequeño en los ganglios linfáticos.

Estadio II: El tumor es más grande, se presencia más células cancerosas en los ganglios linfáticos debajo del brazo, de todas maneras, el cáncer no ha hecho metástasis. Se divide en estadio II A en el cual el tumor no es más grande de 2 cm pero hay células cancerosas en los ganglios linfáticos axilares, y estadio IIB en el que el tamaño del tumor puede ser entre 2.1 y 5 cm afectando los ganglios linfáticos axilares, también incluye tumores más grandes de 5 cm pero que no se ha propagado a los ganglios linfáticos.

Estadio III: Se divide en IIIA en el que el tamaño del tumor es mayor a 5 cm y el cáncer invade los ganglios axilares ipsilaterales o un gran impacto del cáncer en los ganglios linfáticos. El IIIB el cáncer ha crecido hasta la pared torácica o la piel y el IIIC en el que puede ser o no un tumor pero el cáncer se ha extendido muy cerca a los ganglios linfáticos. Puede afectar los ganglios linfáticos

³³ Ibíd., p. 24.

³⁴ Ibíd., p. 25

³⁵ Ibíd., p. 26, 27, 28.

supraclaviculares o presencia de cáncer en ganglios linfáticos axilares ipsilaterales o los mamaros internos.

Estadio IV: Caracterizado por la propagación del cáncer a órganos distantes, incluyendo tumores de cualquier tamaño, afectando a cualquier ganglio linfático y metástasis.

La clasificación de la enfermedad, cumple un papel fundamental al momento de elegir el tratamiento terapéutico para la paciente. A continuación, se hará referencia a uno de los procesos quirúrgicos para el tratamiento de cáncer de mama, y que para la presente investigación implica un aspecto fundamental, debido a su cercana relación con el proceso de restauración psicológica y social de la paciente.

5.2 MASTECTOMÍA³⁶:

Proceso quirúrgico de remoción de una parte o la totalidad de la mama. Existen varios tipos de mastectomía que implican diferentes grados de agresividad:

- Mastectomía radical³⁷: mastectomía clásica, se extirpa la glándula mamaria, la piel, los dos pectorales y se da un vaciamiento axilar completo. En esta cirugía el corte es vertical y se obtienen resultados estéticos no favorables.

-Mastectomía Radical Ampliada: “A la mastectomía radical se asocia la extirpación de los ganglios de la mamaria interna, bien de forma discontinua o en bloque con la pared ósea torácica que se reforzaba con fascia lata o mallas”³⁸.

- Mastectomía Radical Modificada³⁹: La mastectomía radical modificada es la más

³⁶NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. op. cit., p. 32

³⁷ DEL VAL GIL J.M. Mastectomías: Indicaciones y aspectos técnicos. En: SIERRA García Antonio, PIÑERO Madrona Antonio, ILLANA Moreno Julián. Cirugía de la mama. Madrid. Arán Ediciones, S.L. 2006. p. 367-374. [Online]. [Consultado el 16 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://books.google.com.co/books?id=1Z8WAlaqLUMC&pg=PA368&dq=mastectomia&hl=es&ei=rN6eTvTmEsWssQLj4fHmCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q=mastectomia&f=false>

³⁸Ibid., p. 368

³⁹NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK.Op. cit., p. 32

utilizada actualmente, en esta cirugía la mama es extirpada completamente pero los músculos pectorales mayor y menor permanecen, quedando una cicatriz horizontal donde estaba el mama, siendo esta cirugía necesaria en algunos casos, muchas mujeres escogen esta opción de tratamiento.

-Mastectomía simple o total⁴⁰: es el procedimiento quirúrgico donde se extirpa la glándula mamaria, sin vaciamiento axilar. Comúnmente se realiza un corte horizontal.

La mastectomía como opción de tratamiento al cáncer de mama, implica aspectos y factores psicológicos importantes, relacionados con la imagen corporal de la mujer, en la medida en que algunas de ellas no tienen resultados estéticos muy favorables, de acuerdo al estadio de cáncer en el que se encuentre la mujer.

Teniendo en cuenta estas caracterizaciones, el cáncer de mama en estadio II y la realización de una mastectomía radical modificada, implica para la paciente un impacto fuerte dentro de su estado de salud y actitud hacia su imagen corporal, por lo que se considera importante dentro de la investigación, focalizar en estas características. Así mismo, la forma como la paciente puede tener un acercamiento favorable o desfavorable hacia algo, depende de su actitud, esta elaboración está integrada por tres componentes, uno cognitivo, uno comportamental y uno afectivo, y en la elaboración de cada uno de los componentes se puede evidenciar la forma como se está afrontando este evento significativo de cáncer de mama y mastectomía radical modificada. A continuación se identificará con más detalle este concepto.

5.3 ACTITUD

El concepto de actitud ha tenido distintas formulaciones teóricas, a pesar de que se pueda afirmar que no existe una única definición del término, es conveniente postular algunas aproximaciones de distintos autores con el fin de ampliar su visión.

Para lograr comprender el significado social y personal de la mujer que padeció cáncer de mama y fue mastectomizada, es necesario integrar el concepto de actitud, pues este concepto comprende cuáles son las modificaciones actitudinales de estas mujeres, evidenciando un proceso restaurador en su vida y un

⁴⁰ DEL VAL GIL J.M. Op. Cit., p. 368

acercamiento o distanciamiento de la imagen creada de su cuerpo.

Usualmente el significado que se le suele asignar al término de actitud, según el diccionario de la Real Academia Española es el de “disposición de ánimo manifestada de algún modo”⁴¹, lo que implica que los objetos o situaciones generan emociones placenteras o displacenteras y esto evoca una actitud cercana o distante.

Inicialmente, la palabra actitud fue descrita etimológicamente como “una postura corporal”⁴², puesto que provenía del italiano *attitudine*⁴³, era usada por los críticos del arte italiano para aludir las posiciones corporales que los artistas daban a los cuerpos de las obras para representar un estado anímico.

Por otra parte, los psicofisiólogos le daban una connotación a la manera como un cuerpo adoptaba o mantenía una posición como actitud, puesto que “la actitud no puede estar separada de la postura que constituye su materia”⁴⁴.

Seguidamente desde una perspectiva corporal, la actitud se define como “una estructura preparatoria, una orientación determinada del cuerpo que prepara al individuo para percibir y actuar de determinada manera”⁴⁵, teniendo en cuenta que las estructuras sociales generan estas actitudes y al mismo tiempo su representación ejerce un influjo en otros.

Según la definición clásica de Gordon W. Allport, “una actitud es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo y dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones”⁴⁶, es así como la experiencia de la mujer que ha sufrido cáncer de

⁴¹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Actitud. [En línea]. Consultado el 2 de diciembre de 2012. Disponible en: < <http://lema.rae.es/drae/?val=actitud>>

⁴² MARTIN BARO, Ignacio. Acciones e ideología: Psicología social desde Centroamérica. San salvador: El salvador. UCA editores. Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”; 2008. p 248.

⁴³ *Ibíd.* p 248.

⁴⁴ *Ibíd.* p 248.

⁴⁵ *Ibíd.* P 248.

⁴⁶ *Ibíd.* p 248

mama y ha sido mastectomizada, le permite crear un repertorio personal para actuar.

La actitud vendría a ser “una estructura hipotética, un estado considerado como propio de la persona cuya experiencia solo se puede verificar a través de sus manifestaciones”⁴⁷ llegando a considerar que la mastectomía tiene un proceso que va desde la construcción cognitiva y afectiva que se manifiesta en lo comportamental.

Como lo afirma Expósito y Moya⁴⁸, la mayoría de los psicólogos sociales han entendido la actitud como una tendencia evaluativa hacia algún objeto o persona, reflejando un afecto positivo o negativo hacia ellos. El grado de favorabilidad o desaprobación es expresado por lo general con respuestas cognitivas, afectivas y conductuales.

Rosenberg y Hovland⁴⁹, citados por Expósito y Moya, concebían la actitud compuesta por tres elementos: el cognitivo, evaluativo y conductual, refiriéndose al cognitivo como las creencias relevantes acerca del objeto de actitud, el evaluativo que constituye los sentimientos asociados al objeto y el conductual que incluye las intenciones de comportarse y el comportamiento propiamente dicho. Este modelo puede presentar dificultades en la medida en que no exista una coherencia entre los 3 componentes.

Se pueden contemplar las actitudes también, teniendo en cuenta la función que pueden cumplir en la vida:

-La función evaluativa consistente en el tener información del objeto de actitud con el fin de orientar el comportamiento, lo que ayuda a comprender mejor el mundo en el que se vive, partiendo entonces de la base de las experiencias previas, predecir y saber cómo responder a situaciones nuevas.

-La función instrumental se basa en el beneficio tangible que puede tener la persona por medio de la actitud, al igual que evitar objetivos no deseados en la situación. Se tiene también una función expresiva de valores, que permite

⁴⁷ *Ibíd.* p 249.

⁴⁸ PALACIOS Gálvez, María Soledad. Actitudes. *En*: EXPÓSITO Francisca y Moya Miguel. Aplicando la psicología social. Madrid. Ediciones Pirámide, 2005. p. 95-116.

⁴⁹ ROSENBERG Y HOVLAND. Citados por: EXPÓSITO Francisca y Moya Miguel. Aplicando la psicología social. Madrid. Ediciones Pirámide, 2005. p. 95-116.

abiertamente la expresión de pensamientos y sentimientos.

-La función ideológica, en la que la actitud tiene una función legitimadora de las desigualdades de la sociedad. La función de separación, tiene lugar cuando las actitudes consisten en atribuir características negativas a un grupo dominado, con el objetivo de justificar el trato despectivo que recibe.

Algunas teorías entorno a la actitud han sido postuladas por diferentes autores, con la intención de aproximarse al entendimiento de lo que es la actitud y lo que la compone.

Fishbein y Ajzen⁵⁰, hablan de la teoría de la acción razonada, en la que se tiene como objetivo predecir las conductas de las personas a partir de sus actitudes, entendiendo a la conducta como el producto final del proceso racional y deliberado. Aun así, se centran en la intención conductual, refiriendo que la intensidad de la intención es la que mejor predice el comportamiento, estando influida por la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva.

Ajzen⁵¹ plantea después la teoría de acción planificada, agregando el control percibido de la conducta, donde una persona percibe un comportamiento como fácil o difícil de llevar a cabo teniendo en cuenta la percepción de los obstáculos internos o externos.

Según Thomas y Znanieck, las actitudes son “los procesos mentales que determinan las respuestas actuales o potenciales de los individuos hacia su medio social”⁵². Estos autores plantean que las actitudes manifiestan las valoraciones cognitivo-emocionales en actos o intenciones de comportamiento.

⁵⁰ MARTIN BARO, Ignacio. Acciones e ideología: Psicología social desde Centroamérica. San salvador: El salvador. UCA editores. Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”; 2008. p 288.

⁵¹ *Ibid.*, p. 293

⁵² THOMAS William, ZNANIECK Florian. Citado por: CARABÙS Olga., et al. Creatividad, actitudes y educación. 1° edición. Buenos Aires. Biblos. 2004. p. 130. [Online]. [Consultado el 20 de octubre de 2011]. Disponible en internet en: <http://books.google.com.co/books?id=rhChOa57DKEC&pg=PA130&dq=actitud+definicion&hl=es&ei=frakToeJM4uRgQehrvnuAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CC8Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=false>

La actitud, comprende 3 componentes⁵³: el cognitivo perceptivo que hace referencia al aspecto ideacional de la actitud, comprende los conceptos, categorías, atributos, el aspecto afectivo concerniente a la emotividad de los juicios, la valoración positiva o negativa que le da un carácter agradable o desagradable a la situación, y por último, el componente de acción o conductual que es la predisposición o intención de actuar de determinada manera.

Para efectos de esta investigación, la actitud se tomará desde esta perspectiva tridimensional integrando en un mismo tiempo la estructuración cognitiva, el comportamiento y el campo afectivo que se elabora en la mujer con cáncer de mama que ha sufrido mastectomía radical modificada, pues es importante integrar los niveles de afección que evidencie el proceso de restauración de la adversidad.

El proceso quirúrgico de la mastectomía radical modificada deja secuelas en la continuidad de la vida de la mujer, es así como la investigación reconoce las propiedades de la resiliencia y cómo esta influye en el proceso de restauración tanto física, mental y emocional, concepto que se amplía a continuación.

5.4 RESILIENCIA

Etimológicamente, la palabra resiliencia proviene del latín resilio⁵⁴, resilire, que significa “volver hacia atrás”. Resiliencia, no es un concepto propio de las ciencias sociales, de hecho, inicialmente, el término fue tomado desde la física y la ingeniería, como la característica de un cuerpo para ser resistente a los choques y recuperar su forma inicial⁵⁵.

El concepto fue adoptado a las ciencias sociales por Rutter, para “caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanas y exitosas”⁵⁶. Con la adaptación del término,

⁵³ *Ibíd.*, p. 130.

⁵⁴ LÓPEZ Cortés Angelita, PÉREZ Arreaza Milena y D’AUBETERRE López María Eugenia. Resiliencia en niños y jóvenes: reconstruir esperanza. p 193. *En*: GARASSINI María Elena y CAMILLI Celia. Psicología Positiva: Estudios en Venezuela. Venezuela. septiembre, 2010.

⁵⁵ *Ibíd.*, p. 193

⁵⁶ RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, vol.147, p. 598- 611. Citado por: GARCIA Averasturi Lourdes M. Psicología Positiva. Resiliencia, robustez y crecimiento. Resistencia frente a la adversidad. *En*: Hojas Informativas de los psicólogos de las Palmas. Mayo

se da el inicio al manejo del concepto en la ciencia psicológica, asociándose por lo general a la psicología positiva, y considerándolo como uno de los aspectos esenciales dentro de este enfoque, aunque para la presente investigación, el concepto de resiliencia será abordado desde un enfoque cognitivo – conductual.

A partir de este momento, diferentes autores han aportado definiciones dependiendo de distintos enfoques desde los cuales se toma la resiliencia. Según Ospina Muñoz *et al.*⁵⁷, dentro de estos enfoques de la resiliencia, se encuentra el anglosajón, o también llamado el enfoque psicobiológico, que da un reconocimiento e importancia a la interacción existente entre el individuo y el ambiente y a la forma en la que las personas responden a las amenazas y desafíos del ambiente.

De acuerdo con Infante⁵⁸, en este enfoque se tienen dos generaciones de autores, la primera caracterizada por lo genetista e individualista, que propone un modelo de 3 niveles: los atributos individuales, características familiares y condiciones sociales y ambientales, y la segunda generación, se planteó la siguiente pregunta para orientar sus trabajos: ¿cuáles son los procesos asociados a la adaptación positiva dada la adversidad? Dentro de esta generación se reconocen 3 orientaciones: la primera es la de Rutter⁵⁹, autor mencionado anteriormente, quien adaptó el término a la psicología y hace énfasis en la identificación de los mecanismos protectores más que en los factores protectores o de riesgo. Rutter enfatiza en la importancia de conocer la dinámica o los mecanismos protectores que subyacen a cada situación, para que surjan las posibilidades de prevención, entendiendo que los mecanismos protectores, son los

– Junio de 2005. No. 76-77. p. 35-39.

⁵⁷ OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. *En*: Investigación en educación de enfermería. [En línea]. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>>

⁵⁸ INFANTE F. Resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. *En*: melillo A, Suárez . Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. p. 36. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. *En*: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005.

⁵⁹ RUTTER M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsy* 1987.P 316-329. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. *En*: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>

recursos ambientales disponibles para las personas y las fuerzas que poseen para adaptarse al contexto.

Una segunda orientación dentro de esta generación, es la representada por Edith Grotberg⁶⁰, quien crea un modelo compuesto por verbalizaciones como: “yo soy”, “yo estoy” y “yo puedo”, donde se encuentran factores de resiliencia como la autoestima, la confianza en sí mismo y en el entorno, la autonomía y la competencia social. Grotberg, considera así, que la posesión de estas verbalizaciones, es una fuente generadora de resiliencia. Una tercera orientación, la de Luthar y otros⁶¹, plantea que la resiliencia surge de la interacción entre la persona y el ambiente, dando prioridad a la percepción que la persona tenga del ambiente y dejando de lado su existencia como una realidad objetiva.

El segundo enfoque, es el europeo, que toma al sujeto como referente de la experiencia y es éste el que tiene participación en la elección de un tipo de desarrollo, donde se tienen múltiples opciones. Se da una consideración a las teorías del sujeto y la importancia de la relación entre éste, su comportamiento y su medio.

De esta manera, Colmenares entiende la resiliencia como “la respuesta para salvaguardar el sentido de la propia vida, como principio de supervivencia en situaciones o hechos que comprometen gravemente esta posibilidad de supervivencia y que ocasionan daños severos en la vida psíquica”⁶².

⁶⁰ GROTBORG E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The international resilience project. La Haya: Bernard Van Leer Foundation; 1996. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>>

⁶¹ LUTHAR SS, Cicchetti D, Becker B. The structure of resilience, a critic evaluation and guideline for future reports. Child Development 2000. P. 543-562. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>>

⁶² COLMENARES ME. La ética como fundamento psicológico de la resiliencia. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia: Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002. 88-89. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>>

Dentro de la construcción de resiliencia, plantea que los valores colectivos, y factores individuales y culturales son importantes, además de hacer énfasis en la definición psicoanalítica de trauma, “se necesitan dos golpes para hacer un traumatismo: el primer golpe se produce en lo real y el segundo golpe se produce en la representación de lo real, es decir en el relato”⁶³.

Según las autoras, a partir de un estudio que se realizó con adolescentes palestinas, es posible hablar de tres tipos de resiliencia: la activa, la pasiva y por fuera de la ley⁶⁴. Es así, como la resiliencia es considerada por los europeos como la manera en que los mecanismos y factores protectores son integrados y representados en la experiencia del sujeto⁶⁵.

Por último, se encuentra el enfoque latinoamericano, con sus primeros planteamientos hacia 1995. La resiliencia se concibe desde este enfoque como “un producto de la solidaridad social, que se hace evidente en los esfuerzos colectivos de pueblos en el momento de enfrentar alguna crisis”⁶⁶. Este enfoque tiene pilares fundamentales⁶⁷: el autoestima colectiva que hace referencia a la satisfacción de pertenecer a una comunidad, la identidad cultural tomada como la incorporación de valores y costumbres que se vuelven inherentes en los miembros del grupo, el humor social que es la capacidad de los grupos para encontrar comedia en la tragedia, logrando un efecto tranquilizador y por último, la honestidad colectiva o estatal que es el manejo adecuado de los asuntos públicos.

⁶³ CYRULNIK B. La resiliencia en el curso de las interacciones precoces: la adquisición de recursos internos. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia: Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002. p. 43. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>>

⁶⁴ OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>>

⁶⁵ Ibid., p. 82

⁶⁶ Ibid., p.82

⁶⁷ Ibid., p.82

Según Poseck⁶⁸ en su artículo sobre crecimiento postraumático, plantea que la resiliencia ha sido tratada desde diferentes perspectivas como la francesa que la relaciona con el concepto de crecimiento postraumático, entendiendo la resiliencia como “la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar”⁶⁹, y establece una diferencia con el concepto norteamericano que se enfoca más en hacer referencia al afrontamiento que tiene la persona para mantenerse intacta ante la situación.

Además de determinarse diferentes enfoques para la resiliencia, el término ha tenido múltiples definiciones realizadas por autores tales como:

Lösel *et al.*, quienes definen la resiliencia como el “Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos”⁷⁰.

Froma Walsh, en su libro Resiliencia familiar⁷¹, presenta una clara y completa definición acerca de resiliencia, como “la capacidad de una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos, se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a la crisis y desafíos de la vida”⁷².

Froma⁷³ al mismo tiempo plantea rasgos individuales de los sujetos resilientes, tales como un temperamento sereno y despreocupado y un alto nivel de inteligencia, que los concibe como elementos favorables, más no esenciales; el

⁶⁸ POSECK Vera Beatriz, BAQUERO Carbelo Begoña y VECINA Jiménez María Luisa. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. En: Revista del consejo general de colegios oficiales de psicólogos. Papeles del psicólogo, Vol. 27 – Enero, 2006; p. 43.

⁶⁹ *Ibíd.*, p. 43

⁷⁰ LÖESEL, Friedrich. Resilience in Childhood and Adolescence. International Catholic Child Bureau; Ginebra, Suiza. Citado por: KOTLIARENCO María Angélica, CÁCERES Irma, FONTECILLA Marcelo. Estado del Arte de Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Julio de 1997.

⁷¹ WALSH Froma. Resiliencia Familiar: Estrategias para su afrontamiento. 1º edición. Amorrortu editores. Buenos Aires – Madrid. 2004

⁷² *Ibíd.*, p. 26

⁷³ *Ibíd.*, p. 36

tener una alta autoestima, caracterizada por una esperanza realista y un buen control personal, son elementos significativos.

Manciaux *et al.*, definen la resiliencia como “la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”⁷⁴. Además de esto, los autores plantean que la resiliencia es “la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas”⁷⁵.

Además de los autores mencionados, la Asociación Americana de Psicología (APA), también ha dado una definición de resiliencia, que se toma como el “proceso de adaptarse bien frente a la adversidad, el trauma, la tragedia, las amenazas y las fuentes significativas de estrés, como los problemas familiares y de relaciones, los problemas serios de salud, los estresores en el puesto de trabajo o la economía doméstica”⁷⁶.

Es necesario dentro de la definición de resiliencia, establecer la diferencia con algunos otros términos con los que se tiende a confundir, tales como recuperación, siendo este último, “el proceso que implica el retorno gradual al estado inicial y normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio durante todo el proceso”⁷⁷.

⁷⁴MANCIAUX, M., VANISTENDAEL, S., LECOMTE, J. y CYRULNIK, B. La resiliencia: estado de la cuestión. En: M. Manciaux (Ed.), La resiliencia: resistir y rehacerse. Madrid: Gedisa, 2003. Citado por: POSECK Vera Beatriz, BAQUERO Carbelo Begoña y VECINA Jiménez María Luisa. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Revista del consejo general de colegios oficiales de psicólogos. Papeles del psicólogo, Vol. 27 – Enero, 2006; p. 40-49

⁷⁵ *Ibíd.*, p. 44

⁷⁶ GARCIA Averasturi Lourdes M. Psicología positiva. Resiliencia, robustez y crecimiento. Resistencia frente a la adversidad. En: Hojas Informativas de los psicólogos de las Palmas. Mayo – Junio de 2005. No. 76-77. p. 35-39.

⁷⁷ BONANNO. Citado por: POSECK Vera Beatriz, BAQUERO Carbelo Begoña y VECINA Jiménez María Luisa. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. En: Revista del consejo general de colegios oficiales de psicólogos. Papeles del psicólogo, Vol. 27 – Enero, 2006. p. 44-49

López A., Pérez Arreaza M. y D'Aubeterre López M.,⁷⁸ plantean que la resiliencia ha sido un término difícil de delimitar desde la ciencia de la psicología, pues las diferentes posturas teóricas han reconocido y admitido el proceso de resiliencia, estableciéndose diferencias por ejemplo entre teorías como la psicoanalítica o la humanista. Así mismo, plantean que se pueden establecer tres acepciones psicológicas para el término: como respuesta, como habilidad o capacidad y como proceso, donde diferentes autores también plantean definiciones del término, dando otras perspectivas al concepto.

Desde la acepción de resiliencia como respuesta, Masten da una definición del término, como “un tipo de fenómeno caracterizado por los buenos resultados, a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo”⁷⁹. La autora plantea que se requieren de dos criterios fundamentales para hablar de resiliencia⁸⁰: (1) Que una persona está haciendo bien las cosas (2) Que existió o existe un riesgo o adversidad significativo para la persona.

Inbar J. denomina la resiliencia como un constructo psicológico que está ligado con la resolución de problemas. Este autor, ha creado el “Modelo integrativo enfocado en las soluciones para el desarrollo de la resiliencia individual y familiar”⁸¹, que es fácil de aprender e implementar, permitiendo la generalización en diferentes áreas y dificultades emocionales y conductuales relevantes y trascendentales. Dentro de este modelo, Inbar⁸² plantea la resiliencia como:

Un constructo psicológico definido como la capacidad para:

1. Soportar las crisis y las adversidades en forma positiva
2. Afrontar de manera efectiva situaciones de estrés, ansiedad y duelo.

⁷⁸ LÓPEZ Cortés Angelita, PÉREZ Arreaza Milena y D'AUBETERRE López María Eugenia. Resiliencia en niños y jóvenes: reconstruir esperanza. En: GARASSINI María Elena y CAMILLI Celia. Psicología Positiva: Estudios en Venezuela. Venezuela. Venezuela. 2010. p. 193, 221.

⁷⁹ MASTEN. Citado por: LÓPEZ Cortés Angelita, PÉREZ Arreaza Milena y D'AUBETERRE López María Eugenia. Resiliencia en niños y jóvenes: reconstruir esperanza. En: GARASSINI María Elena y CAMILLI Celia. Psicología Positiva: Estudios en Venezuela. Venezuela. Venezuela. 2010. p. 193, 221.

⁸⁰ MASTEN, Ann S. J. REED, Marie-Gabrielle. Resilience in Development. En SNYDER, C. R. LOPEZ, Shane J. Handbook of Positive Psychology. Oxford University Press. 2002. p. 74-86.

⁸¹ INBAR, Jacinto. Modelo integrativo enfocado en las soluciones para el desarrollo de la resiliencia individual y familiar. [En línea]. (Consultado el 24 de septiembre de 2011). Disponible en <<http://jacintoinbar.blogspot.com/2009/07/modelo-integrativo-enfocado-en-las.html>>

⁸² Ibid

3. Adaptarse de manera eficiente e inteligente ("competencia - emocional") a los cambios.
4. Resistir y sobrellevar los obstáculos en situaciones de incertidumbre.
5. Crear procesos individuales, grupales, familiares y comunitarios en circunstancias críticas, logrando recobrase y recuperarse para continuar su proyecto de vida individual, de pareja, familia y comunitario.

Inbar se basa en la experiencia clínica para hipotetizar que existe la relación recíproca entre la resiliencia y la capacidad de resolución de problemas. En la capacidad de resolución, y por ende en la resiliencia psicológica, influyen las cogniciones, las emociones y conductas disfuncionales que se tomen. De esta manera, la resiliencia se conceptualiza desde este enfoque en las soluciones, como “un conjunto de habilidades conductuales (estilo de afrontamiento comportamental), motivacionales (búsqueda de soluciones y de reducción de la evitación) y cognitivos (esquemas, creencias centrales y procesamiento de la información)”⁸³.

Dentro del modelo integrativo de la resiliencia, Inbar hace referencia a términos como la autoeficacia, que está relacionada con la capacidad de afrontamiento y resiliencia. Da una importancia a la aceptación de los problemas, a tener una sensación de control sobre las barreras y en la regulación de la ansiedad. La resolución de problemas es definida como un “proceso cognitivo conductual autodirigido por el cual el individuo trata de identificar o descubrir soluciones efectivas o adaptativas a problemas específicos presentados en su vida cotidiana”⁸⁴. Inbar relaciona esta resolución de problemas con la resiliencia, definiendo este proceso como “una conducta intencionada no casual dirigida a unos objetivos, en lo posible conscientes: subsistir, resistir, continuar el proyecto de vida, crecer a pesar de la adversidad; un proceso cognitivo racional: reflexivo, analizando los beneficios y costos de cada alternativa, a término inmediato, y en lo posible mediato y a largo plazo”⁸⁵.

Adicional a esto, la resolución de los problemas, exige esfuerzos emocionales, cognitivos y conductuales: motivación para el afrontamiento, lo que podría incluir el hecho de continuar con tareas laborales y familiares, teniendo expectativas de que los resultados de esos componentes cognitivos, emocionales y conductuales

⁸³ Ibid

⁸⁴ Ibid

⁸⁵ Ibid

lleven al logro de los objetivos y la autoeficacia percibida por la persona, contando con los recursos y habilidades necesarias para implementarlos con efectividad.

De esta manera, desde este enfoque, la resiliencia es conceptualizada como un “proceso de aprendizaje social cognitivo-conductual”⁸⁶ tomando a los resultados de la cognición y la conducta resiliente como un logro que debe ser reforzado psicológica y socialmente, y que de no ser así serán extinguidos.

La adversidad es tomada desde este enfoque como “una situación o evento que requiere una respuesta que es percibida como inexistente, o difícil o imposible de implementar y que los efectos de esta dificultad o imposibilidad tienen efectos percibidos como significativos para el individuo”⁸⁷

Para efectos de esta investigación, la teoría propuesta por Jacinto Inbar, proporciona los lineamientos básicos para definir la resiliencia como un proceso cognitivo-conductual, en el que se generan habilidades para soportar las adversidades y adaptarse de manera efectiva y eficiente, sobrellevar las complicaciones y recuperarse de ellas. Específicamente, se hace referencia a la adversidad, como el diagnóstico de cáncer de mama y su tratamiento quirúrgico, la mastectomía radical modificada, que representaría un hecho significativo para la persona ante el cual se puede dar una respuesta resiliente, basados en los procesos cognitivos-conductuales necesarios para la misma.

Al tener en cuenta estos componentes de la resiliencia, se hace referencia a lo cognitivo como todos los pensamientos y creencias que la persona atribuye a la mastectomía radical modificada, los cuales se relacionan con los componentes afectivos y conductuales implicados en la actitud, perjudicando o favoreciendo la actitud hacia la situación, en este caso, el diagnóstico de cáncer de mama y su posterior tratamiento quirúrgico de la mastectomía radical modificada.

Surge un gran interés en los pensamientos disfuncionales, pues son los pensamientos que provocan una distorsión cognitiva y una perturbación emocional en la mujer mastectomizada. Tiene lugar aquí, lo emocional, referente al sentimiento y estado emocional de la mujer ante la mastectomía realizada, como procesos emocionales que implican tristeza, frustración, sentir que la vida ha terminado, o lo contrario sentirse fortalecida y recuperada de la adversidad.

⁸⁶ Ibid

⁸⁷ Ibid

En cuanto al componente conductual, enmarca todo lo relacionado con conductas emitidas que están relacionadas con la manera de asumir la adversidad, que están en interdependencia con los componentes cognitivos y afectivos, siendo tangible y observable, se pueden presentar conductas como dejar de realizar actividades que normalmente la mujer antes realizaba, dificultad para entablar de nuevo relaciones sociales, o comportamientos adaptativos como realizar conductas que mejore su estado físico y salud.

Un factor esencial que influye en la capacidad de continuar con la vida, en mujeres que han sufrido cáncer de mama y tienen mastectomía radical modificada, hace referencia a la imagen corporal, es decir que a raíz de esta modificación, cómo la representación del cuerpo se relaciona con las demás áreas personales y le permite continuar con su vida.

5.5 IMAGEN CORPORAL

El inicio del uso del concepto de imagen corporal data en los siglos XIX y XX en trabajos médicos sobre neurología⁸⁸, para ello uno de los principales autores que se presenta es Fisher, quien toma el concepto de imagen corporal desde la experiencia neuropatológica dejando de lado las variables psicológicas⁸⁹.

Otro avance se da por parte de Schilder y Cleveland, que presentan un enfoque psicodinámico de la imagen corporal llamada los límites de la imagen corporal⁹⁰, que trata de la atribución de un significado específico que construye la persona, de diferentes partes del cuerpo, que genera un conocimiento del cuerpo en general.

Sin embargo se genera una distorsión de la imagen corporal si el significado específico se encuentra distorsionado⁹¹, esta perspectiva toma un camino fuerte en el manejo de los trastornos alimenticios.

⁸⁸ BAILE Ayensa, José Ignacio. ¿Qué es la imagen Corporal? EN: Revista de Humanidades "Cuadernos del Márquez de San Adrian". N° 2. Abril 2003.p 53-70. Consultado el 18 de September del 2011. Disponible en <http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm>.

⁸⁹CASH, Thomas F y PRUZINSKY, Thomas.Body Image.A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice.The Guilford Press.New York. 2002. ISBN 1-57230-777-3. p. 3

⁹⁰Ibid., p, 4

⁹¹Ibid., p. 4

El autor Shontz, define la imagen corporal operacionalmente, como una manifestación de la percepción, manchas de tinta u otros estímulos ambiguos⁹², como una creación cognitiva de la imagen de la persona.

De esta forma, se evidencia, un esfuerzo teórico por comprender la conceptualización que prevalece de la imagen corporal entre las personas⁹³.

Se diferencian algunas perspectivas en su construcción teórica, para empezar, la perspectiva socio-cultural, explica como la cultura caracteriza el atractivo (juventud y buena salud) entre las personas que lo conforman, desarrollando un repertorio comportamental- ideológico y emocional que domina la sociedad. Esto promueve el acercamiento o alejamiento entre los miembros de la sociedad, y los resultados se evidencian en la autoestima, autovaloración, entre otras⁹⁴.

Esta perspectiva enmarca definiciones de imagen corporal, hacia el atractivo positivo, entendido como lo socialmente agradable, deseable y que cumple con unos parámetros de acercamiento. Esto influye en la capacidad de las personas, al ser consideradas atractivas, el desenvolvimiento y enfrentamiento de su entorno va a caracterizarse por cualidades y comportamientos competentes⁹⁵.

Finalmente, esta perspectiva concluye que la insatisfacción de la imagen corporal tiene efectos devastadores sobre lo psicológico y la salud física de la persona en su sano desarrollo.

Otra perspectiva, es la construcción de la imagen corporal desde una versión neurológica, que integra “la actividad neuronal como responsable de la conciencia del propio cuerpo”⁹⁶, es decir, diferentes áreas somato-sensitivas del cerebro, atienden una imagen percibida del entorno y del cuerpo mismo, esto, “depende de

⁹²Ibíd., p. 4

⁹³Ibíd., p. 6

⁹⁴ Ibíd., p. 17-18.

⁹⁵Ibíd., .p.18

⁹⁶Ibíd., p. 45.

la capacidad de desplegar la atención somato-sensorial en línea, no ya en un repertorio que almacena la información sobre el cuerpo, sino en un proceso dinámico”⁹⁷. Se puede evidenciar una distorsión en el reconocimiento de esa imagen corporal cuando, la modalidad somato-sensorial en alguna de esas áreas ha sido afectada.

La perspectiva psicodinámica, denomina al cuerpo y su representación mental como un “yo corporal que se da de una combinación ante la experiencia psíquica de la sensación del cuerpo, el funcionamiento del cuerpo y la imagen corporal”⁹⁸.

“La imagen corporal es la dinámica y la evolución de la representación mental de desarrollo del mismo cuerpo”⁹⁹.

“Según Cash y Pruzinsky, cuando el cuerpo no puede ser integrado de forma natural en la experiencia psicológica, lo que permanece en primer plano, es una configuración acentuada por el ascetismo y alienación, o al convertirse en el instrumento de los síntomas de la acción o el tema de la investidura narcisista y la rumiación excesiva, o puesto de relieve por el dolor físico, enfermedad, edad o peso”¹⁰⁰.

La perspectiva cognitiva toma en cuenta, en la conceptualización de la imagen corporal, las experiencias cognitivas que relaciona a la persona con el medio, como las esferas individuales y sociales, las emociones y el desarrollo físico de la persona¹⁰¹.

Desde esta perspectiva el proceso que acompaña la construcción de la imagen corporal va mediada por la inversión de la imagen corporal, por inversión, se entiende la importancia cognitivo-conductual que le agrega la persona a su apariencia.

⁹⁷Ibíd., p. 45.

⁹⁸Ibíd, p. 50.

⁹⁹Ibíd., p 50.

¹⁰⁰CASH, Thomas F y PRUZINSKY, Thomas. BodyImage. A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. The Guilford Press. New York. 2002. ISBN 1-57230-777-3. p. 51.

¹⁰¹Ibíd., p. 38.

Permite una valoración positiva o negativa, es decir una satisfacción o insatisfacción de la persona con esa imagen corporal que tiene de sí. Esto responde a la construcción de sus emociones, elaboraciones psicológicas de lo que le agrada o no, y se manifiesta en el repertorio conductual que valora positivamente esa imagen creada.

En el handbook que revisa la conceptualización de la imagen corporal, ésta es definida como “el grado de discrepancia o congruencia entre la percepción subjetiva de características físicas y personales valoradas en el ideal de la apariencia”¹⁰².

Para efectos de esta investigación, la imagen corporal está atravesada por un enfoque cognitivo- comportamental, que valora la construcción de la persona en lo afectivo, cognitivo y comportamental, así permite una valoración más integral de la imagen corporal que se construye.

Lo cognitivo hace referencia a la construcción mental que elabora la paciente, es decir el pensamiento y las creencias, que responden al nivel de aceptación y no aceptación de la imagen corporal, como considerar el cuerpo sexualmente atractivo, saber sobre cosas que afectan la salud física. Esta representación se encuentra afectada por las circunstancias y situaciones sociales, en este caso el proceso de la mastectomía radical modificada.

Lo conductual hace referencia a las conductas o manifestaciones comportamentales de preservación o no que tiene la paciente con su cuerpo, y está relacionada directamente con la construcción cognitiva que tenga la persona de esta forma las conductas serán de conservación y satisfacción por la imagen corporal que agrada o no serán de conservación pues la imagen no es satisfactoria para la paciente. Todo esto se encuentra mediado por lo afectivo, que representa los sentimientos y emociones que surgen de las situaciones por las que es atravesada la vida del paciente luego de su mastectomía, como la angustia, depresión, satisfacción, entre otras.

Al haber revisado las conceptualizaciones y diferentes perspectivas teóricas de los elementos planteados anteriormente, es importante hallar claridad frente a cómo todos estos elementos están relacionados, en la medida en el padecer cáncer de mama, y además obtener un tratamiento como la mastectomía radical modificada, es considerado un hecho y evento significativo dentro de la vida de la mujer, el

¹⁰²Ibíd. p. 38

cual marca el transcurso normal de la vida, y permite elaborar diferentes respuestas por parte de ella, referidas específicamente a las actitudes que podría tener y presentar la mujer frente a su enfermedad y cirugía, enfocándose principalmente en la actitud hacia la imagen corporal después del procedimiento, partiendo de las implicaciones psicológicas que este constituye, y cómo esa actitud frente a su cuerpo y cambio físico, estaría relacionada con la actitud resiliente de la mujer, que le permita adaptarse, sobrellevar y recuperarse de la enfermedad.

Partiendo de estas afirmaciones, basadas en la revisión teórica y conceptual que se ha realizado, se pueden establecer las siguientes hipótesis para la presente investigación.

5.6 HIPÓTESIS

Hi: Existe una asociación entre la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

H₀: No existe asociación entre la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSION	INDICADOR	ÍTEM
ACTITUD RESILIENTE Desde el enfoque cognitivo conductual es la tendencia a actuar ante la enfermedad de cáncer de mama y mastectomía radical modificada que permite soportar, adaptarse de manera efectiva y sobrellevar las complicaciones y recuperarse de ellas.	Cognitivo Pensamientos y creencias que la paciente tiene frente al cáncer de mama y la mastectomía radical modificada que le permiten soportar, adaptarse y recuperarse de ella.	Pensamientos: ideas construidas por la mujer con cáncer de mama después de la mastectomía radical que le permiten adaptarse positivamente viendo la cirugía como un cambio favorable, como una oportunidad en su vida. Soportar la enfermedad y tratamiento, teniendo la fuerza para enfrentar la situación y recuperarse satisfactoriamente,	Ideas que la mujer construye después del diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía radical, como pensar que la enfermedad ha sido un cambio favorable	-Mi cirugía altero negativamente el transcurso de mi vida. -Pienso que el proceso de enfermedad fue un cambio favorable para mi vida.
			Ideas que la mujer construye después del diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía radical modificada, como pensar que ha tenido la capacidad de adaptarse a la situación.	-Pienso que fue difícil adaptarme a todo el proceso de enfermedad y el resultado de mi cirugía. -Pienso que es imposible adaptarme a esta nueva vida después de mi cirugía.
			Ideas que la mujer construye después del diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía radical	-Soy fuerte y puedo soportar todas las situaciones relacionadas con mi enfermedad y

			modificada, como pensar que ha tenido fuerza para soportar sus complicaciones	cirugía.
			Ideas que la mujer construye después del diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía radical modificada, como pensar que la cirugía ha permitido su crecimiento personal.	-Mi cirugía me permitió crecer como persona.
			Ideas que la mujer construye después del diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía radical modificada, como pensar que la cirugía es una nueva oportunidad para su vida.	Pienso que después de la cirugía y la enfermedad tengo una nueva oportunidad en mi vida.
		<u>Creencias:</u> es la certeza que tiene la mujer con cáncer de mama y mastectomía radical modificada, posee la capacidad de	Convicciones que la mujer tiene de su proceso de la mastectomía, como creer que su vida ha cambiado positivamente.	-Creo que mi vida tuvo un cambio favorable después de mi enfermedad y mi cirugía. -Estoy estancada después de mi enfermedad y mi

		adaptarse positivamente a la cirugía como un cambio favorable, como una nueva oportunidad en su vida, soportar, teniendo la fuerza para enfrentar la situación y recuperarse satisfactoriamente, teniendo un crecimiento personal y tener todas las posibilidades de salir adelante, después del cáncer de mama y la mastectomía radical modificada.		cirugía.
			Convicciones que la mujer tiene de su proceso, que han sido creadas basadas en su experiencia como tener las seguridad de que es una persona fuerte y pudo superar los obstáculos.	Estoy segura de que soy fuerte y puedo salir adelante después de mi enfermedad y mi cirugía. -Creo que no tengo más fuerzas para continuar después de mi enfermedad y mi cirugía.
			Convicciones que la mujer tiene de su proceso, que han sido creadas basadas en su experiencia como creer que su cirugía fue un punto de partida para una nueva vida	Después de mi cirugía, tengo una nueva dirección en mi vida. -Después de mi cirugía tengo un nuevo proyecto de vida

			<p>Convicciones que la mujer tiene de su proceso, que han sido creadas basadas en su experiencia como creer que es una persona nueva.</p>	<p>Sé que no voy a volver a ser la misma de antes.</p>
			<p>Convicción que la mujer tiene de su proceso, que han sido creadas basadas en su experiencia como creer que la cirugía la ha hecho mejor persona.</p>	<p>-Sé que soy una persona mejor después de mi enfermedad y mi cirugía.</p>
			<p>Convicciones que la mujer tiene de su proceso, que han sido creadas basadas en su experiencia como pensar que ha sido recuperada satisfactoriamente.</p>	<p>-Estoy segura de que mi recuperación fue lo mejor. -Mi recuperación ha perjudicado mi vida.</p>

	<p>Conductual</p> <p>El componente conductual es el conjunto de conductas relacionadas con la manera de asumir la enfermedad y la cirugía, que le permiten soportar, adaptarse y recuperarse de ella.</p>	<p><u>Conductas:</u> conjunto de comportamientos adaptativos, favorables, beneficiosos para la mujer después de la mastectomía radical modificada que le permiten diferentes actividades, como realizar actividades físicas y recreativas, que le permitan adaptarse a los nuevos cambios, establecer relaciones sociales y mantenerlas.</p>	<p>Realizar ejercicios físicos que le permitan a su cuerpo tener una adaptación a los cambios ocurridos.</p>	<p>-Es difícil para mí realizar actividades físicas que ayuden a mi cuerpo a sentirse mejor después de mi cirugía y mi enfermedad. -Realizo actividades saludables para mi estado físico y mi vida después de mi cirugía y mi enfermedad.</p>
			<p>Realizar actividades recreativas que hacía antes de su cirugía y su enfermedad.</p>	<p>-Después de mi cirugía y mi enfermedad, participo de actividades recreativas o lúdicas que son agradables para mí. -Realizo las actividades que realizaba antes de mi cirugía. -Después de mi cirugía y mi enfermedad, ocupo tiempo libre en</p>

				<p>actividades que me gustan.</p> <p>-Después de mi cirugía y mi enfermedad, se me dificulta continuar con las labores cotidianas de mi vida.</p> <p>-Dejé de realizar actividades que me divertían antes.</p>
			<p>Entablar nuevas relaciones sociales y mantenerlas.</p>	<p>-Después de mi cirugía y mi enfermedad conservo mi relación afectiva de pareja</p> <p>- Es difícil para mí salir con personas que no conozco después de mi cirugía y mi enfermedad.</p> <p>-A partir de la mastectomía, me alejé completamente de mis amistades.</p> <p>-Restringí mis actividades sociales después de mi enfermedad y mi</p>

				cirugía.
	<p>Afectivo</p> <p>Sentimientos de fortalecimiento, recuperación que la mujer tiene ante la enfermedad de cáncer de mama y la mastectomía radical, que le permiten sobrellevar, adaptarse y recuperarse.</p>	<p>Sentimientos de fortaleza como sentirse fuerte, enérgica, emprendimiento, como sentirse con ganas de seguir viviendo, ánimos de luchar, y salir adelante, y sentimientos de recuperación, sintiendo que esta recuperada totalmente, que tiene una nueva oportunidad en su vida, que le permiten adaptarse, soportar y recuperarse de la experiencia de mastectomía radical</p>	Sentimientos de fortaleza	Me siento débil para afrontar lo que sigue después de mi cirugía.
Emprendimiento			-Siento que puedo emprender nuevas cosas en mi vida luego de la cirugía. -Siento que se me dificulta emprender nuevos retos en mi vida luego de la mastectomía.	
Recuperación			Siento que la recuperación de mi enfermedad y mi cirugía ha sido satisfactoria	
Animo de seguir con su vida			-Siento que se acabaron las oportunidades para mi vida después de mi cirugía y mi enfermedad -Me siento animada a seguir con mi vida después de mi cirugía y mi	

				<p>enfermedad. -Siento desaliento en lo que hago después de mi cirugía y mi enfermedad.</p>
<p>ACTITUD HACIA LA IMAGEN CORPORAL Desde el enfoque cognitivo conductual es la tendencia a actuar donde se valora la construcción que hace la mujer con cáncer de mama que ha sido mastectomizada con respecto a su imagen corporal que le permite sobrellevar, adaptarse y recuperarse de la cirugía y enfermedad.</p>	<p>Cognitiva Hace referencia a los pensamientos como ideas de recuperación e ideas de cuidado y creencias adaptativas construidas por la mujer con cáncer de mama que ha sido mastectomizada sobre su imagen corporal, que le permite sobrellevar, adaptarse y recuperarse.</p>	<p>Pensamientos: ideas de recuperación construidas por la mujer con cáncer de mama sobre su imagen corporal después de realizada la mastectomía radical modificada, que le permite recuperarse de la mastectomía.</p>	<p>Ideas de recuperarse: ideas que fortalecen la percepción de la imagen corporal de las pacientes mastectomizadas permitiéndoles aceptarse personalmente y considerar el cuerpo sexualmente atractivo.</p>	<p>Me considero una mujer sexualmente atractiva. -Mi cuerpo está mutilado -Nadie me va a considerar atractiva luego de la mastectomía, debido a la forma que tomó mi cuerpo. -Mi cuerpo es símbolo de fortaleza. -Mi cuerpo es símbolo de vida. -Mi cuerpo puede fortalecerse y recuperarse de la cirugía.</p>
			<p>Ideas de cuidado: Ideas que tiene la mujer que ha sido mastectomizada para mantenerse bien de</p>	<p>-Mi cuerpo está débil después de mi cirugía. -Mi cuerpo está incompleto después</p>

			<p>salud luego de su cirugía.</p>	<p>de mi cirugía. -La cirugía me dejó muy mal de salud. -Mi salud va a mejorar junto con mi cuerpo. -Mi vida tiene una oportunidad de vida y salud. -Luego de mi cirugía debo cuidar mi salud para que todo continúe bien en mi vida.</p>
		<p>Creencias: es la certeza que tiene la mujer con cáncer de mama luego de su mastectomía radical modificada sobre su imagen corporal que le permite sobrellevar y recuperarse de la mastectomía.</p>	<p>Creencias adaptativas que fortalecen la percepción de la imagen corporal de las pacientes mastectomizadas, como creer que la cirugía es una oportunidad de vida, o creer que puede continuar normalmente la rutina de su vida.</p>	<p>-A pesar de la cirugía, estoy conforme con mi cuerpo. -Creo que la cirugía es una nueva oportunidad en mi vida. -Creo que el cambio en mi cuerpo por la cirugía era necesario para continuar con mi vida. -Creo que luego de la cirugía mi cuerpo es símbolo de fortaleza.</p>

				<p>-Creo que luego de la cirugía, mi cuerpo no me limita a hacer las cosas que me gustan.</p> <p>-Creo que mi cuerpo me permite hacer las mismas cosas que hacía antes de la cirugía.</p> <p>-Creo que el cambio que tuvo mi cuerpo por la cirugía, no altero las cosas que solía hacer.</p> <p>-Creo que la cirugía dejó feo mi cuerpo.</p> <p>-Creo que mi cuerpo luce desagradable</p>
			<p>Creencias de superación: creer que la enfermedad fue algo efímero y se puede superar fácilmente, y que se puede continuar la vida luego del cambio corporal.</p>	<p>Creo que la cirugía es algo pasajero y puedo salir adelante.</p> <p>-Puedo superar los cambios que me dejó la cirugía.</p> <p>-Creo que la cirugía me dificulta continuar con mi vida.</p> <p>-Creo que la vida continúa a pesar de</p>

				la forma de mi cuerpo luego de la cirugía.
	<p>Conductuales</p> <p>Patrones comportamentales que emite la paciente con cáncer de mama luego de la mastectomía, que le permite sobrellevar, adaptarse y recuperarse del proceso de la mastectomía.</p>	<p>Patrones comportamentales emitidos por la mujer con cáncer de mama asociados a su imagen corporal después de realizada la mastectomía radical modificada como los comportamientos de conservación, realizar actividades de ocio, entablar conversaciones que le permiten adaptarse y recuperarse de la mastectomía.</p>	<p>Comportamientos de conservación que le permiten a la paciente con cáncer de mama poder reflejar aprecio y gusto por su imagen corporal luego de la mastectomía.</p>	<p>Es difícil para mí observar mi cuerpo desnudo luego de la cirugía.</p> <p>-Se me dificulta mirarme al espejo luego de mi cirugía.</p> <p>-Puedo mirarme luego de la cirugía al espejo sin ningún inconveniente.</p> <p>-Procuro tapar con mis manos u objetos el lugar de mi cirugía.</p> <p>-Me visto con prendas que me gustan y me hacen sentir cómoda sin importar su escote.</p> <p>-Puedo usar vestidos de baño sin inconvenientes luego de la cirugía.</p>
			<p>Comportamiento como realizar actividades de ocio</p>	<p>-Evito salir acompañada cuando compro ropa luego</p>

			<p>que le gustan o son placenteras e involucran su imagen corporal.</p>	<p>de mí cirugía. -Los cambios en mi apariencia física que atribuí a mi cirugía, me impide hacer cosas que yo quiero hacer.</p>
			<p>Entablar relaciones interpersonales y mantener una comunicación.</p>	<p>Comparto las actividades que me gustan con mis amigos. -Realizo las actividades que antes de la cirugía me agradaban. -Restringí mis actividades sociales por los cambios en mi apariencia física luego de mi cirugía de mastectomía. -Evito salir con mis amigos o compañeros a causa de mi inconformidad por mi imagen corporal. -Entablo relaciones sociales fácilmente</p>

				<p>sin importar mi apariencia luego de la cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none">-Mantengo contacto con amigos y comparto con ellos sin importar mi apariencia luego de mi cirugía.-Evito encontrarme con personas debido a mi apariencia luego de la cirugía.-Evito salir con personas desconocidas debido a mi apariencia luego de la cirugía.-Evito los planes grupales donde se exponga mi cuerpo.-Luego de la cirugía intento mantener una corta conversación con las personas.-Evito tener un contacto visual con la persona con la que converso luego de la mastectomía.
--	--	--	--	--

	<p>Afectivo</p> <p>Sentimientos que expresa la mujer con cáncer de mama luego de la mastectomía debido a la imagen corporal que posee que le permite adaptarse y recuperarse de su cirugía.</p>	<p>Sentimientos de frustración y fortaleza, que expresa la mujer con cáncer de mama luego de la mastectomía en relación a su cuerpo, que le permiten adaptarse y recuperarse de la mastectomía.</p>	<p>Frustración: es un sentimiento que expresa la paciente con respecto a su imagen corporal luego de la mastectomía radical modificada, como el inconformismo, el desagrado, el desanimo, o impotencia.</p>	<p>-Me sentí incomoda porque mi cuerpo está fuera de forma luego de la mastectomía.</p> <p>-Me avergüenzo de mi cuerpo luego de mi cirugía de mastectomía.</p> <p>-Me siento avergonzada por los cambios en mi apariencia física luego de la cirugía.</p> <p>-He sentido que el tratamiento de la cirugía me dejó menos completa.¹⁰³</p> <p>-Me siento incómoda o avergonzada por la apariencia de mi cuerpo luego de la cirugía.</p> <p>-Me siento inconforme con mi imagen corporal</p>
--	---	---	---	--

¹⁰³ MOREIRA, Helena. Et al. The Portuguese versión of the Body Image Scale (BIS) – pshycometric properties in a sample of breast cancer patients. En:European Journal of Oncology Nursing. 2007. p. 1-8.

				luego de la mastectomía. ¹⁰⁴
			Fortaleza: sentimiento que expresa la paciente con respecto a su mastectomía, siendo de gusto o conformidad por la imagen corporal que le dejó la cirugía.	Siento que mi cuerpo está recuperado luego de la mastectomía. -Me siento físicamente capaz de hacer todas las cosas que yo quiero. ¹⁰⁵ -Me siento físicamente atractiva luego mi cirugía -Me siento cómoda con la apariencia de mi cuerpo luego de la cirugía. ¹⁰⁶

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ Ibid

¹⁰⁶ Ibid.

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación se realizó desde un enfoque cuantitativo, debido a que como es definido por Hernández, Fernández y Baptista¹⁰⁷, la investigación cumple con un proceso en el que el investigador plantea un problema delimitado y concreto, hace una revisión de la literatura y la posterior construcción del marco teórico, plantea hipótesis y las pone a prueba mediante diseños de investigación apropiados, obteniendo resultados a través de la recolección de datos y medición por medio de procedimientos estandarizados.

Esta recolección de datos se fundamenta en la medición, por lo tanto los fenómenos que se miden deben poderse observar en el mundo real, se presentan los datos mediante números y son analizados a través de métodos estadísticos.

Adicional a esto, el enfoque cuantitativo permite la medición estandarizada de las dos variables, actitud hacia la imagen corporal y actitud resiliente, y su posterior análisis correlacional mediante métodos estadísticos.

Diseño no experimental¹⁰⁸, en la medida en que no se realiza manipulación de variables, y se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural para después ser analizados. Estudio de tipo descriptivo correlacional transversal¹⁰⁹, en la medida en que la medición se hace en un solo momento y se pretende conocer la asociación existente entre dos variables en un contexto particular, que son la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente después de una mastectomía radical modificada en pacientes con cáncer de mama.

¹⁰⁷ HERNÁNDEZ Sampieri, Roberto, FERNÁNDEZ Collado, Carlos, BAPTISTA Lucio, Pilar. Similitudes y diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo. En: Metodología de la investigación, Primera parte: los enfoques cuantitativo y cualitativo en la investigación científica. Mc. Graw Hill. 4° edición. p. 1- 30.

¹⁰⁸ HERNÁNDEZ Sampieri, Roberto, FERNÁNDEZ Collado, Carlos, BAPTISTA Lucio, Pilar. Concepción o elección del diseño de investigación. En: Metodología de la investigación, segunda parte: El proceso de la investigación cuantitativa. Mc. Graw Hill. 4° edición. p. 205.

¹⁰⁹ HERNÁNDEZ Sampieri Roberto, FERNÁNDEZ Collado Carlos, BAPTISTA Lucio Pilar. Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En: Metodología de la investigación, Segunda Parte: el proceso de la investigación cuantitativa. Mc. Graw Hill. 4° edición.

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

7.2.1 Población: La población elegida para esta investigación fueron mujeres entre 25 y 65 años de edad, diagnosticadas con cáncer de mama, intervenidas quirúrgicamente en el año 2011, con procedimiento de mastectomía radical modificada, que han recibido tratamiento en instituciones prestadoras de servicios oncológicos de la ciudad de Neiva.

7.2.2 Muestra: Teniendo en cuenta las particularidades de la población objeto de investigación, el muestreo fue probabilístico por racimos, en donde “todos los elementos de la población tienen una misma posibilidad de ser elegidos”¹¹⁰, y en el cual las personas participantes se encontraron agrupadas en diferentes lugares, específicamente, mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada atendidas en la Unidad Oncológica Surcolombiana S.A.S., El Centro Oncológico Licáncer Huila – Liga Contra el Cáncer y la Unidad de cancerología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo. De esta manera, las 3 instituciones conformaron los racimos identificados para esta investigación.

7.2.3 Criterios de inclusión: Mujeres entre 25 y 65 años de edad, diagnosticadas con cáncer de mama, intervenidas quirúrgicamente en el año 2011, con procedimiento de mastectomía radical modificada, atendidas en instituciones cancerológicas de la ciudad de Neiva. Para los criterios de inclusión, se revisaron las historias clínicas, lo que permitió corroborar datos necesarios como el diagnóstico de cáncer y el procedimiento quirúrgico y recolectar información sociodemográfica. Además de esto, se contó con el debido consentimiento informado por parte de la paciente y su completa disposición y voluntad para la realización de la investigación.

7.3 ETAPA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

7.3.1 Fase de aproximación teórica: Se realizó una búsqueda bibliográfica entorno a investigaciones sobre cáncer de mama y resiliencia, que pudieran aproximarse al objeto de estudio de la presente investigación, se llevó a cabo una revisión en el marco local, nacional e internacional, a través de revisión de libros, publicaciones en revistas, blogs y proyectos de investigación, por medio de visitas a sitios web,

¹¹⁰ HERNÁNDEZ Sampieri, Roberto, FERNÁNDEZ Collado, Carlos, BAPTISTA Lucio, Pilar. Selección de la muestra. En: Metodología de la investigación, Tercera parte: el proceso de la investigación cuantitativa. Mc. Graw Hill. 4° edición. p. 243.

bibliotecas públicas y universidades, obteniendo un número considerable de antecedentes que permitió contextualizar y profundizar aún más el problema de investigación.

Para la construcción del marco teórico, se elaboró una amplia revisión de los diferentes conceptos y definiciones en torno a conceptos como cáncer de mama, mastectomía, actitud, resiliencia e imagen corporal. Para efectos de esta investigación, se tuvo en cuenta el aporte conceptual de Jacinto Inbar y Thomas Cash con Thomas Pruzinsky, autores que sirvieron de referencia para definir la actitud resiliente y la actitud hacia la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas.

7.3.2 Fase de construcción y validación de los instrumentos: Para efectos de esta investigación, se crearon dos escalas tipo likert, para la medición de cada variable, actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente, Este instrumento, es definido como: “la escala tipo likert consta de varios enunciados declarativos que expresan un punto de vista u opinión sobre un determinado tema y con respecto a los cuales se pide al informante que indique el grado en que concuerda o no”¹¹¹.

Los instrumentos de evaluación fueron contruidos a partir de la operacionalización de cada una de las variables, por parte de las investigadoras. Para la escala de imagen corporal, algunos ítems fueron tomados de escalas construidas y validadas, como “The Body Image and Relationships Scale”¹¹² y The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS)¹¹³, siendo modificados por cuestiones de traducción, lenguaje y temporalidad, bajo los criterios de la pertinencia y la oportunidad de dichos ítems para evaluar determinado componente de la prueba. Dicha modificación de ítems, fue realizada teniendo en cuenta la previa autorización de los autores de la prueba original en inglés, a quienes se les puso en conocimiento la investigación, obteniendo una respuesta positiva de su parte.

¹¹¹ POLIT, Denise F. y HUNGLER, Bernadette P. Capítulo 13: Autoinformes. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Parte 3: Diseños para la investigación en enfermería y ciencias de la salud. Mc. Graw Gill. 5° edición. p. 285.

¹¹² HORMES, Julia M., et al. The Body Image and Relationships Scale: Development and Validation of a Measure of Body Image in Female Breast Cancer Survivors. En: Journal of Clinical Oncology. Marzo 10 de 2008. Vol. 26 no. 8,. p. 1269-1274.

¹¹³ MOREIRA, Helena., et al. The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS) – psychometric properties in a sample of breast cancer patients. En: European Journal of Oncology Nursing. 2007. p. 1-8.

Los instrumentos construidos son escalas de tipo ordinal¹¹⁴. Las respuestas se relacionan de la siguiente manera: Muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo y muy en desacuerdo, de esta manera, permiten a la paciente definir su postura. Las pruebas, cuentan con ítems positivos y negativos, por lo tanto la puntuación de los mismos, varía de acuerdo al tipo de ítem, por ejemplo:

-Imagen corporal: Pienso que mi cuerpo está mutilado

Muy desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
+2	+1	0	-1	-2

-Resiliencia: Pienso que mi vida continúa

Muy desacuerdo	<u>Desacuerdo</u>	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
-2	-1	0	+1	+2

El ajuste psicométrico de los instrumentos se llevó a cabo de la siguiente manera: inicialmente, se hizo una revisión del contenido, lenguaje y relevancia de los ítems por parte de 3 profesionales en el campo del servicio oncológico, lo que permitió filtrar los ítems acordes y adecuados para hacer parte de los instrumentos. Esto, aportó a la validez de contenido¹¹⁵ que garantiza que éste es representativo del área que la escala propone abarcar, dando la aprobación de los reactivos para evaluar cada variable, (actitud resiliente y actitud hacia la imagen corporal).

Posteriormente se llevó a cabo una prueba piloto, de la cual hicieron parte 10 mujeres que cumplían con la mayoría de los criterios de inclusión de la investigación. Para comprobar la confiabilidad interna de los instrumentos, se tomaron los resultados de la prueba piloto y se analizó por medio del alfa de Cronbach, en el programa estadístico SPSS versión 15.0, observando qué tan consistente es la prueba consigo misma¹¹⁶, esto depende en gran medida de la manera en que las personas varían en los reactivos individuales. De esta manera, se obtuvieron los siguientes índices de confiabilidad:

¹¹⁴ FERNANDEZ, Ignacio. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Centro de investigación y asistencia técnica de Barcelona. NTP:15 Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. España.

¹¹⁵ COOLICAN HUGH. Métodos de Investigación y estadística en psicología. 2° ed. México: Manual Moderno, 2005. p. 132

¹¹⁶ *Íbid.*, p. 128.

- ✓ Actitud hacia la imagen corporal:

Tabla 1. Estadísticos de fiabilidad de la escala de actitud hacia la imagen corporal

Alfa de Cronbach	N de elementos
,975	54

- ✓ Actitud resiliente:

Tabla 2. Estadísticos de fiabilidad de la escala de actitud resiliente

Alfa de Cronbach	N de elementos
,971	43

La validez de constructo, fue aportada por el soporte teórico de cada una de las variables, en el cual están basados los reactivos derivados minuciosamente de la operacionalización de las variables que a su vez, fue categorizada del marco teórico y construcción de conceptos dentro de la investigación.

Para la verificación de la confiabilidad interna de los instrumentos, se implementó la técnica de división por mitades, “consistente en dividir los reactivos que integran la prueba en dos grupos, obtener enseguida de manera independiente, los puntajes correspondientes a cada grupo y utilizarlos para calcular el coeficiente de correlación”¹¹⁷. De esta manera, se tomaron por una parte los ítems impares y por otra los ítems pares, totalizando los puntajes para cada uno de estos grupos. Posteriormente, se halló coeficiente de correlación de Pearson entre los totales del grupo par e impar para cada prueba, y finalmente se aplicó la fórmula de Spearman – Brown¹¹⁸:

$$r^1 = \frac{2r}{1+r}$$

¹¹⁷ POLIT, Denise F. y HUNGLER, Bernadette P. Capítulo 13: Autoinformes. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Parte 3: Diseños para la investigación en enfermería y ciencias de la salud. Mc. Graw Gill. 5° edición. p. 354.

¹¹⁸ Íbid., p. 355.

Siendo r , coeficiente de correlación calculado por mitades con fórmula de Pearson y;
 r^1 la confiabilidad estimada de las pruebas.

De esta manera, para la escala de imagen corporal, se obtuvo un coeficiente de: **0.98** y para la escala de actitud resiliente, de **0.97**.

7.3.3 Fase de aplicación y recolección de datos: Al haber obtenido los índices de confiabilidad y validez para los instrumentos, se procedió a la aplicación.

7.3.3.1 Acercamiento a la población: Con las tres instituciones se recopiló el conglomerado de mujeres que participó en la investigación, se contactó telefónicamente a cada una, informándoles el procedimiento de la investigación y se les consultó sobre su participación voluntaria en esta. Al obtener una respuesta positiva se procedió a pactar fecha y lugar en el que se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos. Cabe resaltar que para cada institución se pactó una fecha y lugar distinto, pero cumplieron en su mayoría las mismas condiciones de aplicación.

7.3.3.2 Aplicación de los instrumentos: En el momento de la aplicación del instrumento, por medio del consentimiento informado que cada una de las participantes firmó, se les informaron los objetivos, proceso, riesgo y participación o retiro voluntario de la investigación, de esta forma se dio lugar a la aplicación respectiva de cada uno de los instrumentos a las participantes.

7.3.4 Fase de análisis de datos: En primera instancia, es necesario aclarar que la interpretación y determinación de los puntos de corte presentados a continuación, se realizaron a partir de los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos a la muestra con la que se trabajó.

La interpretación de los dos instrumentos, se llevó a cabo a partir de la determinación de percentiles, en la cual, se toman como puntos de corte los percentiles 25, 50 y 75. De esta manera, se tienen los siguientes puntos de corte:

- ✓ Prueba de actitud hacia la imagen corporal

Tabla 3. Percentiles de la escala de actitud hacia la imagen corporal

		Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado (definición 1)	TotalImagenCorporal	-28,00	-19,60	8,00	33,00	58,00	77,60	.

$X < o = 8 \rightarrow$ Actitud hacia la imagen corporal desfavorable \rightarrow (Percentil 25)

$8 < X < o = 58 \rightarrow$ Actitud hacia la imagen corporal favorable \rightarrow (Entre el percentil 25 y el 75)

$X > 58 =$ Actitud hacia la imagen corporal muy favorable \rightarrow (Percentil 75)

Tabla 4. Percentil 25, 50 y 75 de la escala de actitud hacia la imagen corporal.

Actitud hacia la imagen corporal	
8	Q ₁
33	Mediana
58	Q ₃

Rango Intercuartil:

$$RIC = Q_3 - Q_1 \rightarrow 58 - 8 = 50$$

- ✓ Prueba de actitud resiliente

Tabla 5. Percentiles de la escala de actitud resiliente

		Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado (definición 1)	TotalResiliencia	-13,00	-2,20	25,00	42,00	48,00	63,20	.

$X < o = 25 \rightarrow$ Actitud Resiliente Desfavorable \rightarrow (Percentil 25)
 $25 < X < o = 48 \rightarrow$ Actitud Resiliente Favorable \rightarrow (Entre el percentil 25 y el 75)
 $X > o = 48 \rightarrow$ Actitud Resiliente muy Favorable \rightarrow (Percentil 75)

Tabla 6. Percentil 25, 50 y 75 de la escala de actitud resiliente.

Actitud resiliente	
25	Q ₁
42	Mediana
48	Q ₃

Rango Intercuartil:

$$RIC = Q_3 - Q_1 \rightarrow 48 - 25 = 23$$

Para el análisis de los resultados, se realizó un análisis inferencial no paramétrico, utilizando un coeficiente de correlación de Spearman¹¹⁹, teniendo en cuenta que estas son medidas de correlación para variables de escala ordinal, por lo que los individuos de la muestra pueden ordenarse por rangos o jerarquías. Los coeficientes varían de -1 (correlación negativa perfecta) a $+1$ (correlación positiva perfecta). Este tipo de análisis estadístico es eficiente para datos ordinales, es decir, cuando las dos variables que se van a medir son ordinales.

¹¹⁹ HERNÁNDEZ Sampieri, Roberto, FERNÁNDEZ Collado, Carlos, BAPTISTA Lucio, Pilar. Capítulo 10: Análisis de los datos cuantitativos. En: Metodología de la investigación. Mc. Graw Hill. 4° edición. p. 332.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los propósitos de esta investigación, se tuvo como referencia la Resolución 008430 de 1993, donde es necesario tener en cuenta el siguiente título:

El Título II hace referencia a unos artículos que especifican consideraciones entorno a la investigación en seres humanos. El capítulo I, se refiere a los “aspectos éticos para la investigación con humanos, tales como mantener la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas vinculadas al estudio”¹²⁰

La investigación deberá contar con principios científicos y éticos que la justifiquen, además, se realiza haciendo uso de las pacientes con Cáncer de mama con mastectomía radical modificada, ya que son ellas las que poseen la información única y explícita que necesita esta investigación¹²¹.

Deberá contar con la seguridad de las pacientes en el inicio, transcurso y finalización de la investigación, así mismo, el estudio se llevara a cabo por estudiantes de grados superiores con el debido acercamiento teórico y práctico que requieran la investigación, se contará con la supervisión y apoyo de profesionales de la Psicología de la Universidad Surcolombiana como de la institución que permita la investigación¹²².

La investigación se llevó a cabo en la medida en que contó con la debida autorización y aceptación por parte de las 3 instituciones para acceder a la población y ejecutar el proyecto.

La investigación protegió la privacidad de las mujeres participantes, además de que tuvo en cuenta los riesgos que involucren la investigación para con las participantes, como la susceptibilidad emocional en el momento de la aplicación,

¹²⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION NUMERO 008430 DE 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se crean las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Artículo 5. p. 1.

¹²¹ *Ibíd.* Artículo 6. p. 2.

¹²² *Ibíd.* Artículo 6. p. 2.

que en caso de presentarse esto, la prueba sería suspendida de inmediato¹²³.

Se realizó el debido diligenciamiento y firma del consentimiento informado por parte de las mujeres participantes, donde se les explicaron los objetivos, procedimiento, molestias, beneficios, las garantías de recibir respuesta ante alguna inquietud, la libertad de retirarse y el compromiso de informarle la evolución y resultado del trabajo investigativo¹²⁴.

Dentro de las características que especifica la reforma para los riesgos de la investigación, este estudio no representa ningún riesgo para la población estudiada, ya que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”¹²⁵. De esta manera, el estudio se limitó a aplicar dos instrumentos escritos autoadministrados por cada paciente y la revisión de historias clínicas, con el debido consentimiento de la paciente y autorización de las 3 instituciones.

De igual forma, la investigación tuvo en cuenta la Ley 1090 del 2006, que hace referencia al ejercicio del psicólogo, tomando los siguientes títulos:

Dentro de los artículos del Título V, se hace mención a los derechos, deberes y obligación del profesional de psicología, para efectos de esta investigación se guardó completa reserva de las mujeres participantes, de su situación actual y de la institución que presta el servicio y no se reveló información alguna sin tener una previa autorización por alguna de las partes antes mencionadas¹²⁶.

Dentro de los artículos que contempla el Título VII, capítulo III, hacen mención al ejercicio profesional del psicólogo y su deber con las personas objeto de su ejercicio profesional; es así como, las herramientas que se implementaron para esta investigación guardaron un rigor ético y metodológico para su mejor manejo en las pacientes participantes, cumpliendo con el propósito de la investigación al

¹²³ Ibid. Artículos 9-10-12. p. 3.

¹²⁴ Ibid. Artículo 15. p. 4.

¹²⁵ Ibid. Artículo 11. p. 2.

¹²⁶ CONGRESO COLOMBIANO. LEY 1090 DE 2006 (miércoles 6 de Septiembre). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C. edición 46.383. p. 27.

determinar la asociación de la actitud de imagen corporal y la actitud resiliente. Al mismo tiempo se tuvo en cuenta, la situación de ser necesaria una notificación a las autoridades competentes de casos que comprometan la salud pública o seguridad de la participante¹²⁷.

Los artículos del Capítulo V, hacen mención a los deberes del psicólogo con las instituciones, la sociedad y el estado. Para la investigación se contempla el artículo 42, donde el estudio cumplirá con los deberes profesionales a que este obligado en las instituciones que presten su servicio y se les comunicara cualquier eventualidad¹²⁸.

Del Capítulo V, se tuvo en cuenta para el uso del material psicotécnico, en la medida en que la herramienta estuvo revisada y comprobada, para cumplir con la validez y confiabilidad necesaria para la que fue creada; por otra parte se tuvo en cuenta el cuidado en presentar los resultados y demás inferencias que surjan de la investigación¹²⁹.

Finalmente, se tuvo en cuenta el Capítulo VII, que hace mención a la propiedad intelectual y publicación de la investigación, pues las estudiantes que llevaron a cabo la investigación, el programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana y profesionales que supervisan el proyecto, son los responsables del desempeño del estudio.

Además, las participantes en la investigación, firmaron un consentimiento informado, en el que se explicaron los objetivos, contenido y desarrollo de la investigación, aclarando que se mantiene la confidencialidad y respeto por la información suministrada y la autoría será adjudicada para las investigadoras y no para cada una de las participantes.

La investigación se realizó bajo parámetros éticos de respeto y dignidad, que permitieron salvaguardarle los derechos y garantizar el bienestar a las mujeres participantes de la investigación, así como en la posible se evitara la información incompleta o encubierta, y se abstendrá de aceptar presiones o condiciones que

¹²⁷ *Ibíd.* Artículo 36. p. 14.

¹²⁸ *Ibíd.* Artículo 42. p. 16.

¹²⁹ *Ibíd.* Artículo 46-47. p. 17.

limiten la objetividad de la investigación¹³⁰.

¹³⁰ Ibid. Artículos 49-50-51-55. p. 17-18.

9. RESULTADOS

A continuación, se relacionan los resultados obtenidos en la investigación, donde se informa específicamente los hallazgos obtenidos en la aplicación de los dos instrumentos a la población estudio. Inicialmente, se presenta un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos obtenidos y de los resultados de las escalas de actitud resiliente y actitud hacia la imagen corporal. Posteriormente, se evidenciará el análisis inferencial no paramétrico, donde se presentan los hallazgos directamente relacionados con los objetivos de la investigación.

9.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

9.1.1 Caracterización de la población: Las quince mujeres participantes en la investigación, participaron voluntariamente en la misma, posterior a ser contactadas por vía telefónica y ser informadas de los objetivos y procedimientos de la investigación.

Como ya se mencionó anteriormente, se trabajó con quince mujeres que habían padecido cáncer de mama y mastectomía radical modificada, operadas durante el año 2011, atendidas en la Unidad de cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, La Unidad Oncológica Surcolombiana y El Centro Oncológico Licáncer – Huila de la Liga De Lucha Contra el Cáncer Seccional Huila.

En cuanto a la edad de las mujeres que participaron en la investigación, el 33,33 % de la muestra, se encuentra entre las edades de 46 a 53 años, seguido del 26,67%, en edades entre 39 a 46 años. La edad máxima presentada entre la muestra fue de 65 años y la mínima de 32 años.

De las mujeres participantes, el 26,67% de la población alcanzó un grado de escolaridad de básica primaria, al igual que bachiller académico con el mismo porcentaje, el 20% pertenecía al grupo de bachiller inconcluso. Solamente el 6,67 % tenían una formación profesional al igual que técnica.

El 46,67% de las mujeres estaban casadas, seguida del 26,67% correspondiente a mujeres en unión libre. El 13,33% eran solteras y el 6,67% eran mujeres separadas y viudas.

Con un 66,66% en total, los estratos socioeconómicos a los cuales pertenecían las mujeres, eran 2 y 3, seguido del 26,67% en estrato 1 y 6,67% de mujeres en estrato 5.

9.1.2 Análisis descriptivo de las escalas

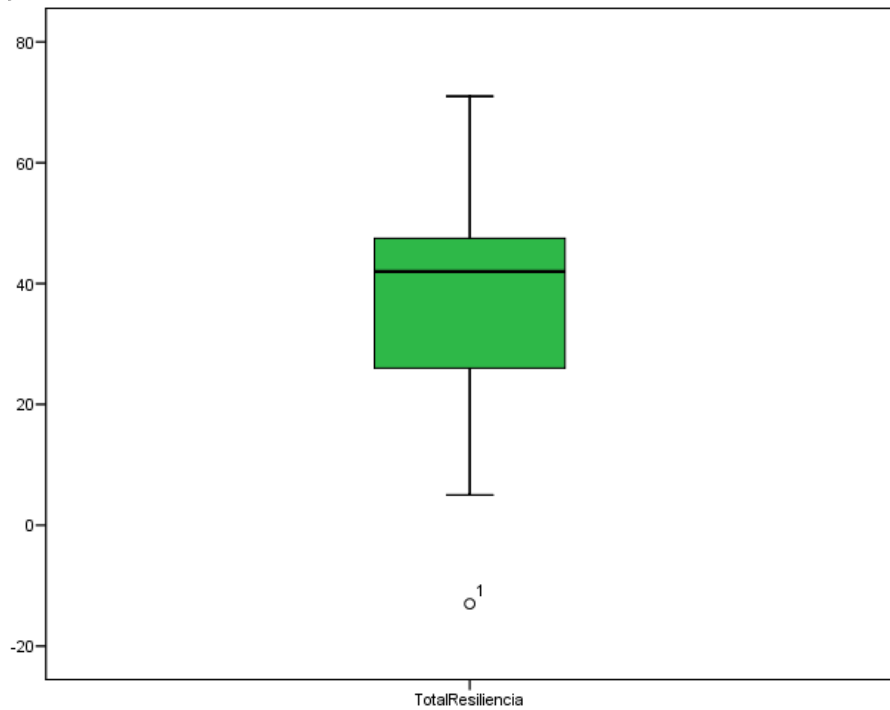
9.1.2.1 Escala de actitud resiliente

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la escala de actitud resiliente

	N	Mín	Máx	Media	Desv. típ.	Mediana	Moda
TotalResiliencia	15	-13	71	34,53	22,17	42,00	45

El puntaje máximo obtenido en la escala de actitud resiliente fue de 71, mientras que el mínimo se ubicó en -13. La media fue de 34,53 y la desviación típica de 22,17. La moda correspondía a 45 y la mediana a 42.

Figura 1. Diagrama de caja de escala de actitud resiliente



La gráfica demuestra que los datos tienen una dispersión asimétrica que se encuentra entre los cuartiles 1 y 2, es decir entre el cuartil 1 y la mediana, que infiere que los datos obtenidos expresan una tendencia hacia la actitud favorable y desfavorable de la resiliencia. Se observa un dato atípico dentro de los datos, que corresponde a -13 lo cual implica que el conjunto de datos este sesgado hacia la desfavorabilidad, a pesar de que se hayan presentado un mayor número de datos hacia la favorabilidad de la escala de actitud resiliente.

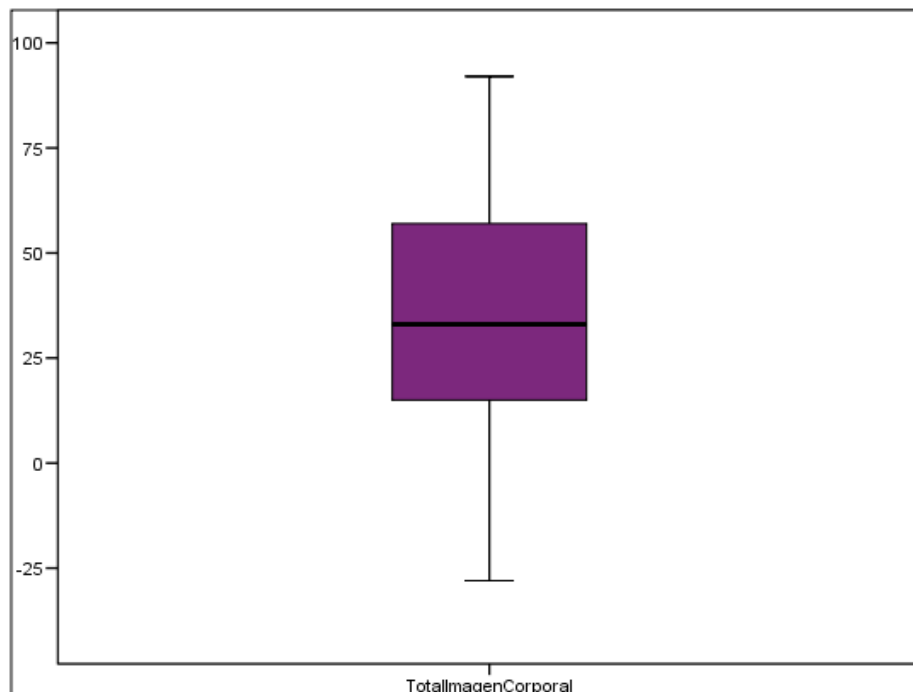
9.1.2.2 Escala de actitud hacia la imagen corporal

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la escala de actitud hacia la imagen corporal

	N	Mín	Máx	Media	Desv. típ.	Mediana	Moda
TotallImagenCorporal	15	-28	92	34,00	32,724	33,00	33

El puntaje mínimo obtenido en las puntuaciones de la escala de actitud hacia la imagen corporal fue de -28, mientras que el puntaje máximo fue de 92. La media fue 34, con una desviación típica de 32,724, mediana de 33 al igual que la moda.

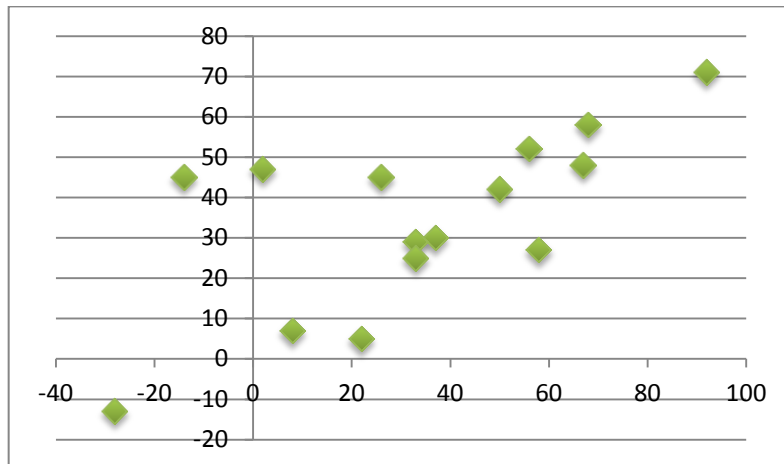
Figura 2. Diagrama de caja de escala de actitud hacia la imagen corporal



La grafica demuestra que los datos se encuentran dispersos entre el cuartil 2 y 3, es decir entre la mediana y el cuartil 3, que indica que hay una tendencia mayor para la actitud hacia la imagen corporal favorable. Los datos se encuentran de forma simétrica, es decir que los datos poseen una distribución normal con respecto a la media.

Cabe resaltar que la interpretación de las escalas se realizó de acuerdo a los resultados obtenidos de la muestra.

Figura 3. Diagrama de dispersión



*Eje X: Actitud resiliente *Eje Y: Actitud hacia la imagen corporal (Esto no implica que se halle una relación de causalidad entre las dos variables)

Se observa en la gráfica que existe una asociación positiva moderada, conforme a los datos obtenidos en las dos escalas.

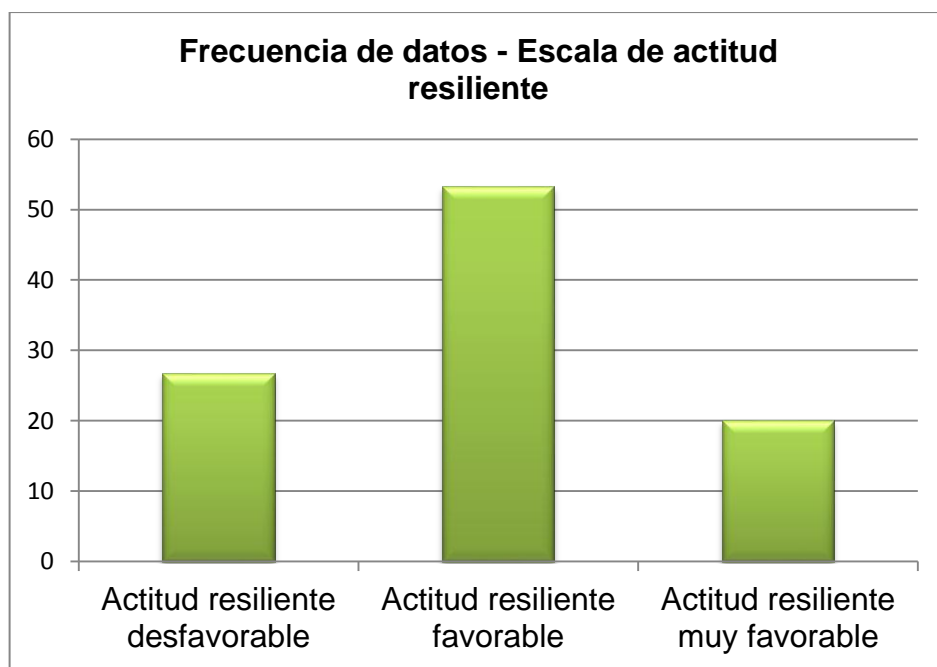
9.1.3 Análisis de frecuencias

Tabla 9. Distribución de frecuencias de la actitud resiliente

N	Válidos	15
	Perdidos	0
Media		1,93
Mediana		2,00
Moda		2

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Actitud Resiliente Desfavorable		4	26,7	26,7	26,7
	Actitud Resiliente Favorable		8	53,3	53,3	80,0
	Actitud Resiliente Muy Favorable		3	20,0	20,0	100,0
	Total		15	100,0	100,0	

Figura 4. Frecuencia de datos de actitud resiliente



El 53,3 % de los datos obtenidos corresponden a una actitud resiliente favorable, el 26,7% a una actitud resiliente desfavorable y el 20% a una actitud resiliente muy favorable. Como se puede observar, el 73,3% tienen una tendencia hacia la favorabilidad de la prueba.

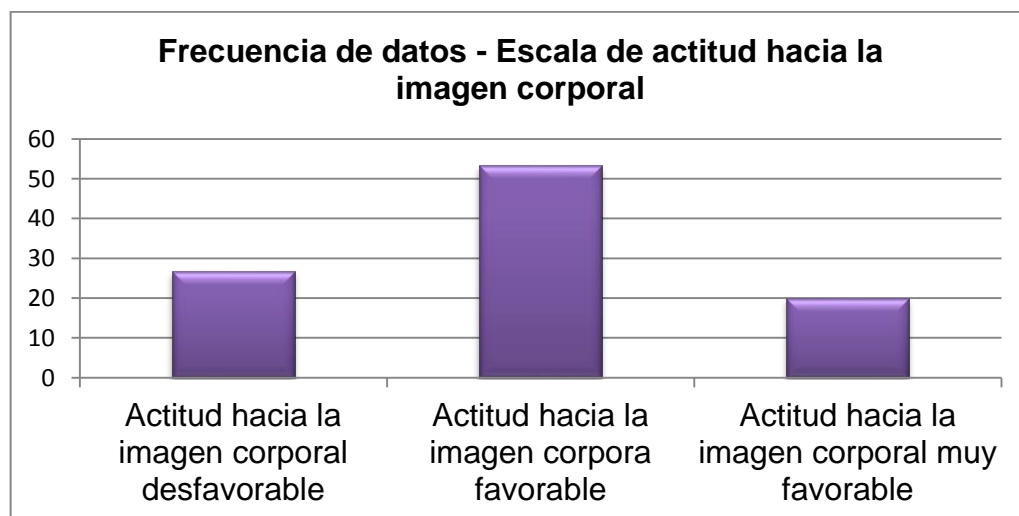
9.1.3.1 Frecuencia de escala de imagen corporal

Tabla 10. Distribución de frecuencias de la actitud hacia la imagen corporal

N	Válidos	15
	Perdidos	0
Media		1,93
Mediana		2,00
Moda		2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Actitud Imagen Corporal Desfavorable	4	26,7	26,7	26,7
	Actitud Imagen Corporal Favorable	8	53,3	53,3	80,0
	Actitud Imagen Corporal Muy Favorable	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 5. Frecuencia de datos de actitud hacia la imagen corporal



El 53,3 % de los datos obtenidos corresponden a una actitud hacia la imagen corporal favorable, el 26,7% a una actitud hacia la imagen corporal desfavorable y el 20% a una actitud hacia la imagen corporal muy favorable. Como se puede observar, el 73,3% tienen una tendencia hacia la favorabilidad de la prueba.

9.2 ANÁLISIS INFERENCIAL NO PARAMÉTRICO – CORRELACIÓN DE SPEARMAN

Al aplicar el coeficiente de correlación de Spearman, se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 11. Correlación de las escalas actitud hacia la imagen corporal y actitud resiliente

			TotalImagen Corporal	TotalResiliencia
Rho de Spearman	TotalImagenCorporal	Coefficiente correlación	de 1,000	,608(*)
		Sig. (bilateral)	.	,016
		N	15	15
	TotalResiliencia	Coefficiente correlación	de ,608(*)	1,000
		Sig. (bilateral)	,016	.
		N	15	15

Se obtuvo un coeficiente de 0,608, lo que indica que existe una asociación positiva entre la actitud resiliente y la actitud hacia la imagen corporal. Se tiene un nivel de significancia de 0,016, lo cual indica que es estadísticamente significativo.

10. DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos a partir de los dos instrumentos, se comprobó que existe una asociación positiva moderada entre la actitud resiliente y la actitud hacia la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama que han sufrido de mastectomía radical modificada, lo que permitió cumplir con el objetivo de la investigación y aprobar la hipótesis Hi, es decir, que existe una asociación entre la actitud resiliente y la actitud hacia la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

Si bien la asociación hallada es positiva, se encontraron algunos datos que varían de manera considerable con respecto al total de datos, sin embargo revela una asociación positiva moderada que aun vincula las dos variables.

La asociación entre las dos variables implica, que la actitud resiliente ante la cirugía de mastectomía radical modificada y el cáncer de mama, se encuentra influida por la actitud que tienen las mujeres participantes hacia su imagen corporal, de igual manera, esta última, se configura y se modifica de acuerdo a la actitud resiliente que posea la mujer. Esto sugiere que la asociación existente, se puede presentar en las dos direcciones de las variables actitudinales, lo que no implica que se ejerza una situación de causalidad entre las variables.

En cuanto a la actitud hacia la imagen corporal hallada en las mujeres participantes, se encontró que el 53,3 % de ellas tenía una actitud favorable hacia su imagen corporal después de la cirugía, planteando que algunas mujeres no elaboran una vergüenza con su imagen corporal, más bien tienen una satisfacción con la apariencia física, contrario a lo que refieren Moreira y Canavarro¹³¹, quienes afirman que la mastectomía estaba asociada con la vergüenza e insatisfacción corporal. De esta manera, se dilucida un resultado que favorece a las mujeres participantes, en la medida en que a partir de los resultados obtenidos en la prueba de actitud hacia la imagen corporal, se obtienen puntuaciones tendientes a tener una actitud favorable, lo que sugeriría, que la mujer a pesar de ser sometida a la mastectomía radical modificada, puede lograr una configuración de la actitud hacia su imagen corporal que le permita tener una adaptación a su nuevo estado corporal.

¹³¹ MOREIRA, Helena y CANAVARRO, María Cristina. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *En: European Journal of Oncology Nursing*. [En línea]. Vol. 14 (2010). p. 263-270. [Consultado el 28 de marzo de 2012]. Disponible en: <[http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(10\)00062-1/fulltext](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(10)00062-1/fulltext)>

En contraste a lo que plantea Manos Dimitra¹³² y Alejandra Ramírez¹³³ en sus investigaciones, se encontró que las mujeres que no han recibido una cirugía conservadora, también pueden elaborar una actitud favorable hacia su imagen corporal, en la medida en que las mujeres identifican otros aspectos relevantes que no implican la tenencia física de la mama que ha sido removida, como participar de actividades lúdicas y recreativas, mantener relaciones afectivas, sentirse cómodas con su manera de vestir, poder entablar conversaciones, entre otros, aspectos tenidos en cuenta en la creación del instrumento.

La actitud resiliente de las mujeres participantes fue favorable con un 53,3% del total de los datos, esto sugiere que si bien el proceso de enfermedad y cirugía, es considerado como un evento adverso que puede generar miedo, ansiedad, depresión y dificultades en el ajuste a la enfermedad, como es planteado por Perales¹³⁴, se evidencia que las mujeres participantes logran una adaptación y recuperación de la enfermedad y cirugía, que les permite elaborar una actitud resiliente, teniendo la oportunidad de desempeñarse satisfactoriamente en su vida cotidiana.

La actitud resiliente implica la capacidad de la mujer para adaptarse, recuperarse y salir fortalecida de la enfermedad y la cirugía; en esta medida, al obtener una actitud resiliente favorable, las mujeres involucran aspectos relevantes como la red de apoyo, capacitación sobre la enfermedad, participación activa en el autocuidado, aspectos que Collazos Tovar¹³⁵ considera fundamentales para encarar la enfermedad y que se relacionan con los tópicos tenidos en cuenta en la construcción del instrumento que permiten verificar la configuración de esa actitud resiliente.

¹³² MANOS Dimitra, *et al.* Body image In relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. *En:* Psicooncología. [En línea].Vol. 2, No. 1(2005). p. 103-116. [Consultado el 14 de agosto de 2011]. Disponible en: <<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120103A/16113>>

¹³³ RAMIREZ, Vergara María Alejandra. Reconstrucción mamaria post-mastectomía por Cáncer de Mama: Implicaciones a nivel de calidad de vida e imagen corporal. Proyecto Tesis de Grado Psicólogo. Bogotá. Universidad de los Andes. Biblioteca General Ramón de Zubiría. 2009. p. 94h

¹³⁴ PERALES, Vera Judith. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de mama. Trabajo de Grado Especialista en Enfermería Oncológica. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. 2008. p. 95h

¹³⁵ COLLAZOS, Tovar Adriana. Narrativas de Afrontamiento de la Enfermedad en Pacientes con Cáncer Cervico- Uterino que consultan la Liga de Lucha contra el Cáncer, Sede Neiva, con edades entre 40-50 años. Proyecto de Grado. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud. 2001.

Sumándole a lo que plantea el autor Manos Dimitra¹³⁶, para la configuración de la actitud hacia la imagen corporal, esta se encuentra directamente relacionada con la autoestima de la mujer después de la cirugía; la presente investigación le suma la actitud resiliente, como un proceso psicológico influyente en la adaptación y recuperación de la mujer luego de la cirugía.

La presente investigación, sugiere, tomar en cuenta dentro de los estudios que elaboran perfiles biopsicosociales, estos dos procesos actitudinales dentro de la configuración mental de una paciente que refiera poseer como enfermedad cáncer de mama y tratamiento quirúrgico de mastectomía radical modificada, puesto que son variables que aportan sustancialmente a la hora de atender y brindar tratamientos terapéuticos.

Es indiscutible que la actitud que tenga la mujer hacia la imagen corporal es un aspecto relevante, pues una de las implicaciones psicológicas más significativas, al padecer cáncer de mama, lo constituye la preocupación recurrente por su imagen corporal, por tanto las mujeres consideran el hecho de no tener uno o dos senos como "una agresión y mutilación a su feminidad"¹³⁷.

Ahora bien, el adherirse a un tratamiento médico quirúrgico y posteriores cuidados paliativos, consideran la necesidad médica del paciente para recuperarse físicamente, pero esta investigación permite considerar como relevantes los procesos psicológicos como la resiliencia e imagen corporal que influyen en su proceso restaurador a nivel psicológico.

En relación a algunas dificultades presentadas en la investigación, por cuestiones de especificidad de los criterios de inclusión y ubicación geográfica, la muestra con la que se contó fue limitada. Sin embargo, se cumplieron los objetivos de la investigación, pues la muestra fue homogénea, a pesar de su cantidad. Teniendo en cuenta esto, es necesario aclarar que los resultados, análisis e interpretaciones que se realizan en la investigación, están basadas en esta población específica.

Para las nuevas investigaciones relacionadas con esta problemática social, es indispensable considerar este constructo, como un aspecto fundamental dentro del

¹³⁶ MANOS Dimitra, *et al.* Op. cit.

¹³⁷ THOMAS, CLAUDET Pierre y SABORIO, Hernández Flory. Consecuencias Psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. En: Revista Costarricense de ciencias médicas.[En Línea].Vol. 6, No. 2 (1985). [Consultado el 10 de abril de 2011]. Disponible en <<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v6n2/art4.pdf>>.

proceso terapéutico de la paciente.

Al hallar estos resultados en la investigación, es fundamental resaltar la relevancia que estos constituyen, al aproximarse a una realidad particular que se vive en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y cirugía de mastectomía, donde se destaca la importancia que le otorgan estas mujeres a la configuración de su imagen corporal y cómo esta se ve relacionada con la actitud resiliente; información que anteriormente no había sido suministrada por ningún otro estudio, además de tener en cuenta que la incidencia de esta enfermedad tiene un crecimiento acelerado en la población y sugiere una intervención integral que responda a todas las necesidades e implicaciones que tiene la enfermedad y cirugía.

11. CONCLUSIONES

La investigación permitió determinar que la actitud hacia la imagen corporal de las mujeres participantes después de haber padecido cáncer de mama y mastectomía radical modificada es favorable. Los datos se encontraron de forma simétrica.

Así mismo, se logró identificar a partir de los datos obtenidos, que la actitud resiliente de las mujeres participantes, se expresaron con una tendencia tanto hacia la actitud favorable y la actitud desfavorable, observando un dato atípico, lo que implica que de esta manera, los datos estén sesgados hacia la desfavorabilidad, a pesar de haberse presentado un mayor número de datos hacia la favorabilidad en la escala de actitud resiliente.

A partir de los datos obtenidos, se encontró una asociación positiva moderada entre la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en las mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada que participaron voluntariamente en la investigación, lo que permite aprobar la hipótesis Hi.

En cuanto a los aspectos metodológicos de la investigación realizada, es necesario resaltar que se cuenta con dos instrumentos de evaluación, los cuales están diseñados específicamente para valorar y estimar dichas actitudes en esta población tan particular, pues se construyeron a partir de la teoría aplicada al cáncer de mama y la mastectomía radical modificada, siendo este un aporte muy importante en la medida en que cubre un vacío de conocimiento en investigación en este campo, sirviendo como referencia para posteriores estudios.

Es indispensable saber que la estabilidad psicológica de la paciente, puede tener un manejo más óptimo en el momento de intervención en crisis, proceso de enfermedad y posterior a éste, al tener la posibilidad de realizar una satisfactoria intervención a nivel cognitivo, conductual y afectivo, tomando como referentes la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente.

Finalmente, las instituciones oncológicas se mostraron dispuestas e interesadas en el proceso investigativo, lo que permitió ejecutar con efectividad la investigación.

12.RECOMENDACIONES

Finalizada la investigación, es conveniente tener en cuenta algunas recomendaciones para próximos estudios que deseen tomar como referencia la presente investigación.

De acuerdo a la revisión de los antecedentes para este estudio, se evidencia una necesidad de fomentar líneas de investigación que aporten al fortalecimiento de conocimiento entorno a esta enfermedad, en la medida en que se considera un problema de interés en salud pública.

Se sugiere que para próximas investigaciones, se tengan en cuenta estos instrumentos como una herramienta que pueden permitir una valoración detallada de los componentes afectivos, cognitivo y conductual, aportando información considerable que permite comprender la actitud para cada una de estas variables en mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

En esta medida, se sugiere que se realice una investigación dedicada específicamente a mejorar la calidad de los instrumentos, logrando optimizar las características psicométricas de cada uno de ellos, permitiendo una posible validación y estandarización de los mismos.

Tener en cuenta que es conveniente realizar investigaciones de nivel inferencial con un tamaño de muestra más grande, en el que se puedan aprovechar los aportes dados por la investigación.

Se recomienda proporcionar un manejo más organizado y sistematizado de la información de las pacientes, a través de una base de datos que contenga detalladamente características necesarias para la clasificación de la población, de tal forma que se puede tener un acceso efectivo, y que aporte a la caracterización epidemiológica; y fomentar en las instituciones prestadoras del servicio oncológico, las redes de apoyo a esta población, que brinden seguimiento y acompañamiento al proceso de enfermedad y cirugía, de manera integral, reconociendo la relevancia de la intervención psicológica.

Es importante promover el interés investigativo en enfermedades crónicas, que aporten al establecimiento de estrategias y herramientas psicológicas, con el fin de mejorar el bienestar del paciente oncológico, que integre dentro del proceso

terapéutico redes de apoyo familiar y social.

Por otra parte, se evidenció una falencia al momento de canalizar la población, puesto que la información de las pacientes en algunos casos se encontraba desactualizada y con datos erróneos. Sin embargo, se dio continuidad al proceso de investigación.

De igual manera, se observó dificultad en el acompañamiento y seguimiento psicológico durante el proceso de enfermedad y cirugía de las mujeres participantes, por parte de las instituciones prestadoras de servicios oncológicos.

BIBLIOGRAFÍA

ANGARITA, Fernando Andrés y ACUÑA, Sergio Andrés. Cáncer de Mama: de la epidemiología al Tratamiento. En: Universitas Médica. [En Línea]. Vol. 49, No. 3. (2008); p. 345. [Consultado el 18 de agosto de 2011]. Disponible en <<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v49n3/4.%20Cancer.pdf>>

ARTUNDUAGA, AndryYisseth y BUSTOS Gaona, Edna Tatiana, HERNANDEZ REY Isnelda. Relación de las variables ansiedad y depresión con la calidad de vida en Pacientes con tratamiento para Cáncer Gástrico de la Unidad de Cancerología de Neiva. Proyecto de Trabajo de Grado Psicólogo. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud. Neiva. 2008.

BAILE Ayensa, José Ignacio. ¿Qué es la imagen Corporal? EN: Revista de Humanidades Cuadernos del Márquez de San Adrian". N° 2. Abril 2003.p 53-70. Consultado el 18 de September del 2011. Disponible en <http://www.uned.es/catudela/revista/n002/baile_ayensa.htm>.

BLAND Kirby I, BEENKEN Samuel W y COPELAND Edward M. Mama. En: ANDERSEN Diana K., et al. Principios de cirugía. McGraw Hill.8° Edición.Vol. I.

BONANNO. Citado por: POSECK Vera Beatriz, BAQUERO Carbelo Begoña y VECINA Jiménez María Luisa. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. En: Revista del consejo general de colegios oficiales de psicólogos. Papeles del psicólogo, Vol. 27 – Enero, 2006. p. 44-49

CASH, Thomas F y PRUZINSKY, Thomas.BodyImage.A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice.The Guilford Press. New York. 2002. ISBN 1-57230-777-3. p. 51.

COLLAZOS, Tovar Adriana. Narrativas de Afrontamiento de la Enfermedad en Pacientes con Cáncer Cervico- Uterino que consultan la Liga de Lucha contra el Cáncer, Sede Neiva, con edades entre 40-50 años. Proyecto de Grado. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud. 2001.

COLMENARES ME. La ética como fundamento psicológico de la resiliencia. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia: Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002.

88-89. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>>

COOLICAN HUGH. Métodos de Investigación y estadística en psicología. 2° ed. México: Manual Moderno, 2005. p. 132

CYRULNIK B. La resiliencia en el curso de las interacciones precoces: la adquisición de recursos internos. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia: Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002. p. 43. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>> de la salud. Mc. Graw Gill. 5° edición. p. 285

DEL VAL GIL J.M. Mastectomías: Indicaciones y aspectos técnicos. En: SIERRA García Antonio, PIÑERO Madrona Antonio, ILLANA Moreno Julián. Cirugía de la mama. Madrid. Arán Ediciones, S.L. 2006. p. 367-374. [Online]. [Consultado el 16 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://books.google.com.co/books?id=1Z8WAlaqLUMC&pg=PA368&dq=mastectomia&hl=es&ei=rN6eTvTmEsWssQLj4fHmCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q=mastectomia&f=false>

FERNANDEZ, Ignacio. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Centro de investigación y asistencia técnica de Barcelona. NTP:15 Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. España.

FOBAIR, Pat, *et al.* Body Image and Sexual Problems in Young Women With Breast Cancer. En: Psycho-Oncology. [En línea]. Vol. 15 (2006). p. 579 – 594. [Consultado el 14 de agosto de 2011].

GARCIA Averasturi Lourdes M. Psicología positiva. Resiliencia, robustez y crecimiento. Resistencia frente a la adversidad. En: Hojas Informativas de los psicólogos de las Palmas. Mayo – Junio de 2005. No. 76-77. p. 35-39.

GROTBERG E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The international resilience project. La Haya: Bernard Van Leer Foundation; 1996. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>>

HERNÁNDEZ Sampieri Roberto, FERNÁNDEZ Collado Carlos, BAPTISTA Lucio Pilar. Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En: Metodología de la investigación, Segunda Parte: el proceso de la investigación cuantitativa. Mc. Graw Hill. 4° edición.

HORMES, Julia M., et al. The Body Image and Relationships Scale: Development and Validation of a Measure of Body Image in Female Breast Cancer Survivors. En: Journal of Clinical Oncology. Marzo 10 de 2008. Vol. 26 no. 8, p. 1269-1274.

INBAR, Jacinto. Modelo integrativo enfocado en las soluciones para el desarrollo de la resiliencia individual y familiar. [En línea]. (Consultado el 24 de septiembre de 2011). Disponible en <<http://jacintoinbar.blogspot.com/2009/07/modelo-integrativo-enfocado-en-las.html>>

INFANTE F. Resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En: melillo A, Suárez . Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. p. 36. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005.

Instituto Nacional del cáncer EE.UU. Información general sobre el cáncer de mama. [Consultado el 20 de agosto de 2011]. Disponible en: <<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/mama/Patient>>

JORDAN, Rodríguez Gladys. Enseñanza Pre-operatoria sobre aspectos de rehabilitación a pacientes con Cáncer de Mama sometidas a Mastectomía. Proyecto de Grado para Magister en Ciencias de Enfermería. Bogotá. Universidad Nacional. Facultad de Enfermería. 1975. p. 90

CONGRESO COLOMBIANO. LEY 1090 DE 2006 (miércoles 6 de Septiembre). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C. edición 46.383. p. 27.

LÖESEL, Friedrich. Resilience in Childhood and Adolescence. International Catholic Child Bureau; Ginebra, Suiza. Citado por: KOTLIARENCO María Angélica, CÁCERES Irma, FONTECILLA Marcelo. Estado del Arte de Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Julio de 1997.

LÓPEZ Cortés Angelita, PÉREZ Arreaza Milena y D'AUBETERRE López María Eugenia. Resiliencia en niños y jóvenes: reconstruir esperanza. p 193. En: GARASSINI María Elena y CAMILLI Celia. Psicología Positiva: Estudios en Venezuela. Venezuela. septiembre, 2010.

LÓPEZ Cortés Angelita, PÉREZ Arreaza Milena y D'AUBETERRE López María Eugenia. Resiliencia en niños y jóvenes: reconstruir esperanza. En: GARASSINI María Elena y CAMILLI Celia. Psicología Positiva: Estudios en Venezuela. Venezuela. Venezuela. 2010. p. 193, 221.

LUTHAR SS, Cicchetti D, Becker B. The structure of resilience, a critic evaluation and guideline for future reports. *ChildDevelopment* 2000.P. 543-562. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>>

MANCIAUX, M., VANISTENDAEL, S., LECOMTE, J. y CYRULNIK, B. La resiliencia: estado de la cuestión. En: M. Manciaux (Ed.), La resiliencia: resistir y rehacerse. Madrid: Gedisa, 2003. Citado por: POSECK Vera Beatriz, BAQUERO Carbelo Begoña y VECINA Jiménez María Luisa. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Revista del consejo general de colegios oficiales de psicólogos. Papeles del psicólogo*, Vol. 27 – enero, 2006; p. 40-49

MANOS Dimitra, *et al.* Body image In relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. En: *Psicooncología*. [En línea]. Vol. 2, No. 1(2005). p. 103-116. [Consultado el 14 de agosto de 2011]. Disponible en: <<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120103A/16113>>

MARTIN BARO, Ignacio. Acciones e ideología: Psicología social desde

Centroamérica. San salvador: El salvador. UCA editores. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas"; 2008. 459 p.

MASTEN, Ann S. J. REED, Marie-Gabrielle. Resilience in Development. En SNYDER, C. R. LOPEZ, Shane J. Handbook of Positive Psychology. Oxford University Press. 2002. p. 74-86.

MASTEN. Citado por: LÓPEZ Cortés Angelita, PÉREZ Arreaza Milena y D'AUBETERRE López María Eugenia. Resiliencia en niños y jóvenes: reconstruir esperanza. En: GARASSINI María Elena y CAMILLI Celia. Psicología Positiva: Estudios en Venezuela. Venezuela. Venezuela. 2010. p. 193, 221.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Obligatorio de Salud. Guías de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Guías de Detección Temprana. Tomo 1. Resolución N° 412 de 2000. Colombia.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Plan nacional para el control del cáncer en Colombia en 2010-2019. Febrero de 2010. Bogotá. Septiembre del 2010. p. 6.

MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Promoción y Prevención. Norma técnica para la detección del cáncer de mama. Parte de la Resolución No. 00412 de 2000. Colombia.

MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION NUMERO 008430 DE 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se crean las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Artículo 5. p. 1.

MOREIRA, Helena y CANAVARRO, María Cristina. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. En: European Journal of Oncology Nursing. [En línea]. Vol. 14 (2010). p. 263-270. [Consultado el 28 de marzo de 2012]. Disponible en: <[http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(10\)00062-1/fulltext](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(10)00062-1/fulltext)>
MOREIRA, Helena. Et al. The Portuguese versión of the Body Image Scale (BIS) – psychometric properties in a sample of breast cancer patients. En: European Journal of Oncology Nursing. 2007. p. 1-8.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Guidelines for Patients. [En

línea]. [Consultado el 20 de agosto de 2011]. Disponible en:<<http://www.nccn.com/images/patient-guidelines/pdf/breast.pdf>>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer de mama: prevención y control.]. [Consultado el 20 de agosto de 2011]. Disponible en:<<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html> >

OSEJO, López Rocío. Perfil Biopsicosocial de los pacientes con Cáncer de Mama asistentes a los Centros de Atención Ambulatoria y al Servicio de Oncología de la Clínica San Pedro Claver. Proyecto de Tesis de grado Psicólogo. Bogotá. Universidad Nacional. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Psicología. 1996. p. 241,11h

OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. [En línea]. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>>

PALACIOS Gálvez, María Soledad. Actitudes. En: EXPÓSITO Francisca y Moya Miguel. Aplicando la psicología social. Madrid. Ediciones Pirámide, 2005. p. 95-116.

PARLAMARCHUK, Olena. Registro de Cáncer en el Huila. Secretaria de Salud del Huila. 2005-2009. Neiva.

PERALES, Vera Judith. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de mama. Trabajo de Grado Especialista en Enfermería Oncológica. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. 2008. p. 95h

PÉREZ *et al.* Estado del arte de las definiciones de resiliencia abordadas y producidas en Colombia desde la psicología entre 1998 y 2008. Trabajo de grado Psicólogo. Neiva, Huila. Universidad Surcolombiana. Facultad de ciencias sociales y humanas. Programa de psicología, 2010.

POLIT, Denise F. y HUNGLER, Bernadette P. Capítulo 13: Autoinformes. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Parte 3: Diseños para la

investigación en enfermería y ciencias de la salud. Mc. Graw Gill. 5° edición. p. 354.

POSECK Vera Beatriz, BAQUERO Carbelo Begoña y VECINA Jiménez María Luisa. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. En: Revista del consejo general de colegios oficiales de psicólogos. Papeles del psicólogo, Vol. 27 – Enero, 2006; p. 43.

PROFAMILIA. Detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010

RAMIREZ, Vergara María Alejandra. Reconstrucción mamaria post-mastectomía por Cáncer de Mama: Implicaciones a nivel de calidad de vida e imagen corporal. Proyecto Tesis de Grado Psicólogo. Bogotá. Universidad de los Andes. Biblioteca General Ramón de Zubiría. 2009. p. 94h

ROSENBERG Y HOVLAND. Citados por: EXPÓSITO Francisca y Moya Miguel. Aplicando la psicología social. Madrid. Ediciones Pirámide, 2005. p. 95-116.

RUTTER M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. Am J Orthopsy 1987.P 316-329. Citado por: OSPINA Muñoz Doris E., JARAMILLO Vélez Diva E., URIBE Vélez Tulia María. La Resiliencia en la Promoción de salud de las mujeres. En: Investigación en educación de enfermería. Medellín, vol. XX III N° 1, mayo de 2005. [Consultado el 10 de septiembre de 2011]. Disponible en <http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/2951/2636>

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, vol.147, p. 598-611. Citado por: GARCIA Averasturi Lourdes M. Psicología Positiva. Resiliencia, robustez y crecimiento. Resistencia frente a la adversidad. En: Hojas Informativas de los psicólogos de las Palmas. Mayo – Junio de 2005. No. 76-77. p. 35-39.

THOMAS William, ZNANIECK Florian. Citado por: CARABÚS Olga., et al. Creatividad, actitudes y educación. 1° edición. Buenos Aires. Biblos. 2004. p. 130. [Online]. [Consultado el 20 de octubre de 2011]. Disponible en internet en: <http://books.google.com.co/books?id=rhChOa57DKEC&pg=PA130&dq=actitud+definicion&hl=es&ei=frakToeJM4uRgQehrvnuAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CC8Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=false>

THOMAS, CLAUDET Pierre y SABORIO, Hernández Flory. Consecuencias Psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. En: Revista Costarricense de ciencias médicas.[En Línea].Vol. 6, No. 2 (1985). [Consultado el 10 de abril de 2011]. Disponible en <<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v6n2/art4.pdf>>.

VARGAS, Sandra Paola. Confiabilidad del cuestionario Brief Cope Inventory en versión Español, para evaluar las estrategias de afrontamiento en pacientes. En: Investigación en Enfermería: imagen y desarrollo. Enero a Junio del 2010. Volumen 12. N° 1. p. 7-24.

WALSH Froma. Resiliencia Familiar: Estrategias para su afrontamiento. 1° edición. Amorrortu editores. Buenos Aires – Madrid. 2004

YANEZ, Betina; THOMPSON, Elizabeth y STANTON, Annette L. Quality of life among Latina breast cancer patients: a systematic review of the literature. En: JournalOfCancerSurvivorship. [En línea]. Vol. 5, No. 2 (2011); p. 192. [Consultado el 20 de septiembre de 2011]. Disponible en <<http://www.springerlink.com/content/71317746u8015g62/fulltext.pdf>>.

ANEXOS

ANEXO A Revisión y evaluación de los ítems de los instrumentos por parte de jueces

ITEM RESILIENCIA	EVALUACIÓN DEL CONTENIDO	EVALUACIÓN DEL LENGUAJE	CONSIDERA QUE SE ENCUENTRA BIEN FORMULADA SI ES NO COMO SERIA.
1. Tengo mi vida paralizada después de mi cirugía.	Estas dos son lo mismo	-----	-----
2. Mi cirugía altero negativamente el transcurso de mi vida.	Estas dos son lo mismo	Esta tiene buena redacción	<u>Esta es la que debe quedar.</u> +
3. Pienso que el proceso de enfermedad fue un cambio favorable para mi vida.	3 -4 son lo mismo	Buena redacción	Esta es la que debe quedar +
4. Fue un cambio productivo para mi vida, todo el proceso de enfermedad y cirugía.	3 -4 son lo mismo	-----	-----
5. Me adapte positivamente a mi enfermedad y el resultado de mi cirugía.	La 5,8,9 tienen el mismo contenido	Se debe dejar 1	NO
6. Pienso que fue difícil	Evalua el contenido	Buena	SI +

adaptarme a todo el proceso de enfermedad y el resultado de mi cirugía.			
7. Pienso que es imposible adaptarme a esta nueva vida después de mi cirugía.	Evalua el contenido	Buena	SI ±
8. Pienso que puedo adaptarme fácilmente a la cirugía.	-----	-----	NO
9. Soy fuerte y puedo soportar todas las situaciones relacionadas con mi enfermedad y cirugía.	Buena	Esta está redactada con buen lenguaje para ellas	Esta debe quedar ±
10. Pienso que tengo la fortaleza para soportar lo difícil de la enfermedad y la cirugía.	-----	El lenguaje es bueno en todas, es adecuado pero una sola idea	NO ya se evaluó
11. Todo este proceso de enfermedad me hizo menos fuerte.	-----	El lenguaje es bueno en todas, es adecuado pero una sola idea	NO ya se evaluó
12. Pienso que me hace falta	-----	Lo mismo se repite	NO ya se evaluó

fuerza para soportar las situaciones relacionadas con mi enfermedad y mi cirugía.			
13. Mi cirugía me permitió crecer como persona.	13 y 14 son la misma idea	Buena	Esta evalúa la resiliencia ±
14. Pienso que después de mi cirugía y mi enfermedad, soy una peor persona.	13 y 14 son la misma idea	La palabra “peor” no es adecuada	NO
15. Pienso que después de la cirugía y la enfermedad tengo una nueva oportunidad en mi vida.	Buena redacción	-----	Esta es muy buena ±
16. Pienso que se acabaron todas las oportunidades para mi vida.	-----	-----	NO
17. Pienso que no me he recuperado totalmente.	-----	-----	Si puede ser ±
18. Pienso que recuperarme de mi enfermedad y mi cirugía es algo imposible.	-----	-----	Si puede ser ±
19. Me he recuperado	-----	-----	Si puede ser ±

satisfactoriamente de mi cirugía.			
20. Pienso que puedo recuperarme totalmente de mi cirugía y mi enfermedad.	-----	-----	-----
21. Mi vida continúa a pesar de mi cirugía y mi enfermedad.	Excelente	Buena redacción	Esta es muy buena ±
22. Tengo la capacidad para salir adelante después de mi cirugía.	Excelente	Bien	Esta es muy buena ±
23. Pienso que tengo todo lo necesario para salir a delante.	Excelente	-----	Esta es muy buena ±
24. Es muy difícil salir adelante después de la enfermedad y la cirugía.	-----	-----	NO, porque ya se evaluó esto
25. Pienso que las posibilidades de salir adelante en mi vida disminuyeron.	-----	-----	Si... puede ser ±

26. Pienso que no puedo continuar con mi vida, después de la cirugía y la enfermedad.	-----	-----	No, ya se evaluó
27. Creo que mi vida tuvo un cambio favorable después de mi enfermedad y mi cirugía.	Bueno	NO	“creo que mi vida cambió favorablemente después de mi enfermedad y mi cirugía” ±
28. Sé que tuve un cambio positivo en mi vida después de la cirugía y la enfermedad.	NO	NO	NO
29. Estoy segura de que mi vida se derrumbó después de mi enfermedad y mi cirugía.	SI	NO	NO
30. Sé que me encuentro estancada después de mi enfermedad y mi cirugía.	SI	NO	Estoy estancada después de mi enfermedad y mi cirugía ±
31. Estoy segura de que soy fuerte y puedo salir adelante después de mi enfermedad y	SI	SI	Es buena ±

mi cirugía.			
32. Sé que soy una persona demasiado fuerte, puedo seguir superando todos los obstáculos de mi cirugía y mi enfermedad.			No, ya se evaluó
33. Creo que no tengo más fuerzas para continuar después de mi enfermedad y mi cirugía.	SI	SI	Si... puede ser. ±
34. Creo que las fuerzas para soportar mi enfermedad y mi cirugía disminuyeron.			
35. Luego de la mastectomía creo que tengo otra oportunidad en mi vida.		SI	“Después de mi cirugía, tengo oportunidades de salir adelante en la vida”. ±
36. Después de mi cirugía, tengo una nueva dirección en mi vida.		SI	Cambiar dirección por “proyecto de vida” ±
37. Todo fue peor después de mi cirugía.	NO	NO	NO

38. Sé que las oportunidades para mi vida se acabaron después de mi cirugía y mi enfermedad.	NO	NO	NO
39. Creo que soy una persona nueva después de mi enfermedad y mi cirugía.	-----	-----	NO . ¿“Nueva”?
40. Sé que no voy a volver a ser la misma de antes.	-----	-----	Si, puede ser ±
41. Sé que tengo todo lo necesario para salir adelante en mi vida después de mi cirugía y mi enfermedad.	-----	-----	NO
42. Estoy segura de que puedo salir adelante sin ninguna dificultad después de mi cirugía y mi enfermedad.	-----	-----	NO
43. Estoy segura de que mi vida se paralizó después de mi cirugía y mi enfermedad.	-----	-----	NO

44. No podé salir adelante después de mi cirugía y mi enfermedad.	-----	-----	NO
45. Sé que soy una persona mejor después de mi enfermedad y mi cirugía.	-----	-----	Ésta es mejor <input checked="" type="checkbox"/>
46. Estoy segura de que soy una nueva persona después de mi cirugía y mi enfermedad.	-----	-----	NO
47. Sé que mi recuperación de la enfermedad y la cirugía fue satisfactoria.			NO
48. Estoy segura de que mi recuperación fue lo mejor.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
49. Sé que nunca me recuperare de los resultados de mi cirugía.			NO
50. Mi recuperación ha perjudicado mi vida.			SI <input checked="" type="checkbox"/>

51. Procuero realizar ejercicios físicos que me ayuden a mejorar mi estado de salud después de mi cirugía y mi enfermedad.			NO
52. Realizo una rutina de ejercicios que le permiten a mi cuerpo estar en buen estado después de mi cirugía y enfermedad.			NO
53. Es difícil para mí realizar actividades físicas que ayuden a mi cuerpo a sentirse mejor después de mi cirugía y mi enfermedad.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
54. No realizo actividades saludables para mi estado físico y mi vida después de mi cirugía y mi enfermedad.			Ojo! Quitar el “no” <input checked="" type="checkbox"/>
55. Después de mi cirugía y mi enfermedad, participo de			SI <input checked="" type="checkbox"/>

actividades recreativas o lúdicas que son agradables para mí.			
56. Realizo las actividades que realizaba antes de mi cirugía.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
57. Después de mi cirugía y mi enfermedad, ocupo tiempo libre en actividades que me gustan.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
58. Después de mi cirugía y mi enfermedad, se me dificulta continuar con las labores cotidianas de mi vida.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
59. Deje de realizar actividades que me divertían antes.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
60. Después de mi cirugía y mi enfermedad, comparto satisfactoriamente con			NO

personas cercanas.			
61. Entablo nuevas relaciones sociales después de mi cirugía y mi enfermedad.			
62. Mantengo y fortalezco mis relaciones amistosas después de mi cirugía y mi enfermedad.			Ojo! “amistosas” cambiar por “de amistad” SI <input type="checkbox"/>
63. Después de mi cirugía y mi enfermedad conservo mi relación afectiva satisfactoriamente.			“... conservo mi relación afectiva de pareja” <input type="checkbox"/>
64. Es difícil para mí salir con personas que no conozco después de mi cirugía y mi enfermedad.			SI <input type="checkbox"/>
65. Es complicado entablar nuevas relaciones amistosas o afectivas después de mi cirugía y mi enfermedad.			Súper enredada NO

66. A partir de la mastectomía, me alejé completamente de mis amistades.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
67. Restringí mis actividades sociales después de mi enfermedad y mi cirugía.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
68. Me siento fuerte después de mi cirugía.	No es el contenido	Ya está	NO
69. Siento que puedo afrontar mi vida después de la cirugía.			
70. Siento que soy menos fuerte después de mi cirugía.		Ya está	NO
71. Me siento débil para afrontar lo que sigue después de mi cirugía.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
72. Siento que he fracasado en mi vida después de mi cirugía y mi enfermedad.			NO
73. Siento que la vida se me			NO

acabo después de mi cirugía.			
74. Siento que hay mucho porque luchar.			NO
75. Siento muchas ganas de vivir después de mi cirugía y mi enfermedad.			NO
76. Siento que puedo emprender nuevas cosas en mi vida luego de la cirugía.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
77. Siento que se me dificulta emprender nuevos retos en mi vida luego de la mastectomía.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
78. -Siento que puedo recuperarme a pesar de mi cirugía.			NO
79. Siento que la recuperación de mi enfermedad y mi cirugía ha sido satisfactoria.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
80. Siento que se acabaron			SI <input checked="" type="checkbox"/>

las oportunidades para mi vida después de mi cirugía y mi enfermedad.			
81. Siento que la recuperación después de mi cirugía y mi enfermedad es imposible.			NO
82. Siento que tengo toda una vida por delante después de mi cirugía y mi enfermedad.			NO
83. Me siento animada a seguir con mi vida después de mi cirugía y mi enfermedad.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
84. Siento desaliento en lo que hago después de mi cirugía y mi enfermedad.			SI <input checked="" type="checkbox"/>
85. Siento que mi vida se acabó después de mi cirugía y mi enfermedad.			NO

ITEM IMAGEN CORPORAL	EVALUACION DEL CONTENIDO	EVALUACION DEL LENGUAJE	CONSIDERA QUE SE ENCUENTRA BIEN FORMULADA SI NO ES ASI COMO DEBE SER FORMULADA
1. Me considero una mujer sexualmente atractiva.	SI	SI	SI <input checked="" type="checkbox"/>
2. Mi cuerpo era fuerte antes de la mastectomía.	NO	NO	NO
3. Mi cuerpo está destrozado.			Cambiar “destrozado” por “mutilado” SI <input checked="" type="checkbox"/>
4. Nadie me va a considerar atractiva luego de la mastectomía, debido a la forma que tomó mi cuerpo.	SI	SI	SI <input checked="" type="checkbox"/>
5. Mi cuerpo es símbolo de fortaleza.	SI	SI	SI <input checked="" type="checkbox"/>
6. Mi cuerpo es símbolo de vida.	SI	SI	SI <input checked="" type="checkbox"/>
7. Mi cuerpo puede fortalecerse y recuperarse de la cirugía.	SI	SI	SI <input checked="" type="checkbox"/>

8. -Mi cuerpo está débil después de mi cirugía.	SI	SI	SI ₊
9. Mi cuerpo está incompleto después de mi cirugía.	SI	SI	SI ₊
10. La cirugía me dejó muy mal de salud.	SI	SI	SI ₊
11. Mi salud va a mejorar junto con mi cuerpo.	SI	SI	SI ₊
12. Mi vida tiene una oportunidad de vida y salud.	SI	SI	SI ₊
13. Luego de mi cirugía debo cuidar mi salud para que todo continúe bien en mi vida.	SI	SI	SI ₊
14. A pesar de la cirugía, estoy conforme con mi cuerpo.	SI	SI	SI ₊
15. Creo que la cirugía es una nueva oportunidad en mi vida.	SI	SI	SI ₊
16. Creo que el cambio en mi	SI	SI	SI ₊

cuerpo por la cirugía era necesario para continuar con mi vida.			
17. -Creo que luego de la cirugía mi cuerpo es símbolo de fortaleza.	SI	SI	SI <u>±</u>
18. Creo que luego de la cirugía, mi cuerpo no me limita a hacer las cosas que me gustan.			SI <u>±</u>
19. Creo que mi cuerpo me permite hacer las mismas cosas que hacía antes de la cirugía.	SI	SI	SI <u>±</u>
20. Creo que el cambio que tuvo mi cuerpo por la cirugía, no altero las cosas que solía hacer.	SI	SI	SI <u>±</u>
21. No puedo hacer nada con mi vida luego de la operación.	NO	NO	NO

22. Creo que la cirugía dejó feo mi cuerpo.	SI	SI	SI ₊
23. Creo que mi cuerpo luce desagradable.	NO	NO	NO
24. Creo que la cirugía me perjudicó la vida.	NO	NO	NO
25. Creo que mi cuerpo no me representa.	NO	NO	NO
26. Creo que la cirugía es algo pasajero y puedo salir adelante.	SI	SI	SI ₊
27. Puedo superar los cambios que me dejó la cirugía.	SI	SI	SI ₊
28. Creo que la cirugía me quitó gran parte de lo que soy yo.	NO	NO	NO
29. Creo que la cirugía me dificulta continuar con mi vida.	SI	SI	SI ₊
30. Creo que la vida continúa	SI	SI	SI ₊

a pesar de la forma de mi cuerpo luego de la cirugía.			
31. Es difícil para mí observar mi cuerpo desnudo luego de la cirugía.	SI	SI	SI ₊
32. Se me dificulta mirarme al espejo luego de mi cirugía.	SI	SI	SI ₊
33. Puedo mirarme luego de la cirugía al espejo sin ningún inconveniente.	SI	SI	SI ₊
34. Procuro tapar con mis manos u objetos el lugar de mi cirugía.	SI	SI	SI ₊
35. Me visto con prendas que me gustan y me hacen sentir cómoda sin importar su escote.	SI	SI	SI ₊
36. Puedo usar vestido de baños sin inconvenientes luego de la cirugía.	SI	SI	SI ₊
37. Evito salir acompañada	SI	SI	SI ₊

cuando compro ropa luego de mí cirugía.			
38. Luego de mi cirugía, el estar fuera de forma me impide hacer cosas que yo quiero hacer.	NO	NO	NO
39. Los cambios en mi apariencia física que atribuí a mi cirugía, me impide hacer cosas que yo quiero hacer.	SI	SI	SI ₊
40. Comparto las actividades que me gustan con mis amigos.	SI	SI	SI ₊
41. Realizo las actividades que antes de la cirugía me agradaban.	SI	SI	SI ₊
42. Restringí mis actividades sociales por los cambios en mi apariencia física luego de mi cirugía de mastectomía.	SI	SI	SI ₊
43. Evito salir con mis	SI	SI	SI ₊

amigos o compañeros a causa de mi inconformidad por mi imagen corporal.			
44. Luego de la cirugía puedo comunicarme fácilmente con las demás personas.	NO	NO	NO
45. Entablo relaciones sociales fácilmente sin importar mi apariencia luego de la cirugía.	SI	SI	SI ₊
46. Mantengo contacto con amigos y comparto con ellos sin importar mi apariencia luego de mi cirugía.	SI	SI	SI ₊
47. Evito encontrarme con personas debido a mi apariencia luego de la cirugía.	SI	SI	SI ₊
48. Evito salir con personas desconocidas debido a mi	SI	SI	SI ₊

aparición luego de la cirugía.			
49. Evito los planes grupales donde se exponga mi cuerpo.	SI	SI	SI ₊
50. Luego de la cirugía intento mantener una corta conversación con las personas.	SI	SI	SI ₊
51. Evito tener un contacto visual con la persona con la que converso luego de la mastectomía.	SI	SI	SI ₊
52. Me sentí incomoda porque mi cuerpo está fuera de forma luego de la mastectomía.	SI	SI	SI ₊
53. Me avergüenzo de mi cuerpo luego de mi cirugía de mastectomía.	SI	SI	SI ₊
54. Me siento avergonzada	SI	SI	SI ₊

por los cambios en mi apariencia física luego de la cirugía.			
55. He sentido que el tratamiento de la cirugía me dejó menos completa.	SI	SI	SI ₊
56. Me siento incomoda o avergonzada por la apariencia de mi cuerpo luego de la cirugía.	SI	SI	SI ₊
57. Me siento inconforme con mi imagen corporal luego de la mastectomía.	SI	SI	SI ₊
58. Siento que mi cuerpo está recuperado luego de la mastectomía.	SI	SI	SI ₊
59. Luego de mi cirugía, me siento físicamente capaz de hacer todas las cosas que yo quiero.	SI	SI	SI ₊
60. Me siento físicamente	SI	SI	SI ₊

atractiva luego de mi cirugía.			
61. Me siento cómoda con la apariencia de mi cuerpo luego de la cirugía.	SI	SI	SI ⁺

ANEXO B Consolidado de ítems corregidos para cada instrumento

VARIABLE	CATEGORIA	SUBVARIABLE	ÍTEM	CANTIDAD TOTAL
Resiliencia	Cognitiva	Pensamientos	<p>1- Mi cirugía altero negativamente el transcurso de mi vida.</p> <p>2- Pienso que el proceso de enfermedad fue un cambio favorable para mi vida.</p> <p>3- Pienso que fue difícil adaptarme a todo el proceso de enfermedad y el resultado de mi cirugía.</p> <p>4- Pienso que es imposible adaptarme a esta nueva vida después de mi cirugía.</p> <p>5- Soy fuerte y puedo soportar todas las situaciones relacionadas con mi enfermedad y cirugía.</p> <p>6- Mi cirugía me permitió crecer como persona.</p> <p>7- Pienso que después de la cirugía y la enfermedad tengo una nueva oportunidad en mi vida.</p> <p>8- Pienso que me he recuperado totalmente.</p>	14

			<p>9- Pienso que recuperarme de mi enfermedad y mi cirugía es algo imposible.</p> <p>10- Me he recuperado satisfactoriamente de mi cirugía.</p> <p>11-Mi vida continúa a pesar de mi cirugía</p> <p>12-Tengo la capacidad para salir adelante después de mi cirugía.</p> <p>13-Pienso que tengo todo lo necesario para salir adelante.</p> <p>14-Pienso que las posibilidades de salir adelante en mi vida disminuyeron.</p>	
		Creencias	<p>1. Creo que mi vida cambió favorablemente después de mi enfermedad y mi cirugía</p> <p>2. Estoy estancada después de mi enfermedad y mi cirugía</p> <p>3. Estoy segura de que soy fuerte y puedo salir adelante después de mi enfermedad y mi cirugía.</p> <p>4. Creo que tengo más fuerzas para continuar después de mi enfermedad y mi cirugía.</p>	10

			<p>5. Después de mi cirugía, tengo oportunidades de salir adelante en la vida</p> <p>6. Después de mi cirugía, tengo un nuevo proyecto de vida.</p> <p>7. Sé que voy a volver a ser la misma de antes.</p> <p>8. Sé que soy una persona mejor después de mi enfermedad y mi cirugía.</p> <p>9. Estoy segura de que mi recuperación fue lo mejor.</p> <p>10. Mi recuperación ha perjudicado mi vida.</p>	
	Conductual	Conjunto de comportamientos	<p>1. Es difícil para mí realizar actividades físicas que ayuden a mi cuerpo a sentirse mejor después de mi cirugía y mi enfermedad.</p> <p>2. Realizo actividades saludables para mi estado físico y mi vida después de mi cirugía y mi enfermedad.</p> <p>3. Después de mi cirugía y mi enfermedad, participo de actividades recreativas o lúdicas que son agradables para mí.</p> <p>4. Realizo las actividades que hacía antes de</p>	12

			<p>mi cirugía.</p> <p>5. Después de mi cirugía y mi enfermedad, ocupo tiempo libre en actividades que me gustan.</p> <p>6. Después de mi cirugía y mi enfermedad, se me dificulta continuar con las labores cotidianas de mi vida.</p> <p>7. Deje de realizar actividades que me divertían antes.</p> <p>8. Mantengo y fortalezco mis relaciones de amistad después de mi cirugía y mi enfermedad.</p> <p>9. Después de mi cirugía y mi enfermedad, conservo mi relación afectiva de pareja.</p> <p>10. Es difícil para mí salir con personas que no conozco después de mi cirugía y mi enfermedad.</p> <p>11. A partir de la mastectomía, me alejé completamente de mis amistades.</p> <p>12. Restringí mis actividades sociales después de mi enfermedad y mi cirugía.</p>	
--	--	--	--	--

	Afectivo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Me siento débil para afrontar lo que sigue después de mi cirugía. 2. Siento que puedo emprender nuevas cosas en mi vida luego de la cirugía. 3. Siento que se me dificulta emprender nuevos retos en mi vida luego de la mastectomía. 4. Siento que la recuperación de mi enfermedad y mi cirugía ha sido satisfactoria. 5. Siento que se acabaron las oportunidades para mi vida después de mi cirugía y mi enfermedad. 6. Me siento animada a seguir con mi vida después de mi cirugía y mi enfermedad. 7. Siento desaliento en lo que hago después de mi cirugía y mi enfermedad 	7
--	----------	--	--	---

VARIABLE	CATEGORIA	SUBVARIABLE	ÍTEM	CANTIDAD TOTAL
Imagen Corporal	Cognitiva	Pensamientos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me considero una mujer sexualmente atractiva 2. Mi cuerpo está mutilado 3. Nadie me va a considerar atractiva luego de la mastectomía, debido a la forma que tomó mi cuerpo. 4. Mi cuerpo es símbolo de fortaleza. 5. . Mi cuerpo es símbolo de vida. 6. Mi cuerpo puede fortalecerse y recuperarse de la cirugía. 7. -Mi cuerpo está débil después de mi cirugía. 8. Mi cuerpo está incompleto después de mi cirugía. 9. La cirugía me dejó muy mal de salud. 10. Mi salud va a mejorar junto con mi cuerpo. 11. Mi vida tiene una oportunidad de vida y salud. 12. Luego de mi cirugía debo cuidar mi salud para que todo continúe bien en mi vida. 	12

		Creencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. A pesar de la cirugía, estoy conforme con mi cuerpo. 2. Creo que la cirugía es una nueva oportunidad en mi vida. 3. Creo que el cambio en mi cuerpo por la cirugía era necesario para continuar con mi vida. 4. Creo que luego de la cirugía mi cuerpo es símbolo de fortaleza. 5. Creo que luego de la cirugía, mi cuerpo no me limita a hacer las cosas que me gustan. 6. Creo que mi cuerpo me permite hacer las mismas cosas que hacía antes de la cirugía. 7. Creo que el cambio que tuvo mi cuerpo por la cirugía, no altero las cosas que solía hacer. 8. Creo que la cirugía dejó feo mi cuerpo. 9. Creo que mi cuerpo luce desagradable. 10. Creo que la cirugía es algo pasajero y puedo salir adelante. 11. Puedo superar los cambios que me dejó la cirugía. 12. Creo que la cirugía me dificulta continuar con mi 	13
--	--	-----------	--	----

			<p>vida.</p> <p>13. Creo que la vida continúa a pesar de la forma de mi cuerpo luego de la cirugía.</p>	
	Conductual	Conjunto de comportamientos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es difícil para mí observar mi cuerpo desnudo luego de la cirugía. 2. Se me dificulta mirarme al espejo luego de mi cirugía 3. Puedo mirarme luego de la cirugía al espejo sin ningún inconveniente. 4. Procuro tapar con mis manos u objetos el lugar de mi cirugía. 5. Me visto con prendas que me gustan y me hacen sentir cómoda sin importar su escote. 6. Puedo usar vestido de baños sin inconvenientes luego de la cirugía 7. Evito salir acompañada cuando compro ropa luego de mí cirugía. 8. Los cambios en mi apariencia física que atribuí a mi cirugía, me impide hacer cosas que yo quiero hacer. 9. Comparto las actividades que me gustan con 	19

			<p>mis amigos.</p> <p>10. Realizo las actividades que antes de la cirugía me agradaban.</p> <p>11. Restringí mis actividades sociales por los cambios en mi apariencia física luego de mi cirugía de mastectomía.</p> <p>12. Evito salir con mis amigos o compañeros a causa de mi inconformidad por mi imagen corporal.</p> <p>13. Entablo relaciones sociales fácilmente sin importar mi apariencia luego de la cirugía.</p> <p>14.. Mantengo contacto con amigos y comparto con ellos sin importar mi apariencia luego de mi cirugía.</p> <p>15. Evito encontrarme con personas debido a mi apariencia luego de la cirugía.</p> <p>16. Evito salir con personas desconocidas debido a mi apariencia luego de la cirugía.</p> <p>17. Evito los planes grupales donde se exponga mi cuerpo.</p> <p>18. Luego de la cirugía intento mantener una corta</p>	
--	--	--	--	--

			<p>conversación con las personas.</p> <p>19. Evito tener un contacto visual con la persona con la que converso luego de la mastectomía.</p>	
	Afectivo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Me sentí incomoda porque mi cuerpo está fuera de forma luego de la mastectomía. 2. Me avergüenzo de mi cuerpo luego de mi cirugía de mastectomía. 3. Me siento avergonzada por los cambios en mi apariencia física luego de la cirugía. 4. He sentido que el tratamiento de la cirugía me dejó menos completa. 5. Me siento incomoda o avergonzada por la apariencia de mi cuerpo luego de la cirugía. 6. Me siento inconforme con mi imagen corporal luego de la mastectomía. 7. Siento que mi cuerpo está recuperado luego de la mastectomía. 8. Luego de mi cirugía, me siento físicamente capaz de hacer todas las cosas que yo quiero. 9. Me siento físicamente atractiva luego de mi cirugía. 	10

			10.Me siento cómoda con la apariencia de mi cuerpo luego de la cirugía.	
--	--	--	---	--

*A partir de las observaciones dadas por los jueces, se obtuvo este consolidado de ítems. Sin embargo, algunos ítems fueron modificados luego de haber aplicado la prueba piloto, y se obtuvo la versión final de las escalas que se relacionan a continuación.

ANEXO C Cuadernillo y planilla de respuestas de la prueba de actitud resiliente



INSTRUMENTO

N°1.

Lea detenidamente las instrucciones antes de comenzar.

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de enunciados frente al proceso de enfermedad de cáncer de mama, luego de la mastectomía radical modificada.

Al contestar, tenga en cuenta lo siguiente: No existen contestaciones correctas o incorrectas, conteste con sinceridad. No piense demasiado en las cuestiones, ni emplee mucho tiempo en decidirse, los enunciados son muy cortos para darle todos los detalles que usted quisiera.

Evite señalar la respuesta “indiferente”, excepto cuando le sea imposible decidirse por las otras. Procure no dejar ningún enunciado sin contestar. Es posible que alguna no tenga nada que ver con usted, intente elegir la respuesta que vaya mejor a su situación.

No se preocupe y recuerde que sus respuestas se guardan como documentos confidenciales y no pueden ser valorados sin una plantilla especial. Además, al obtener los resultados, no se consideran las respuestas una a una, sino globalmente.

En la hoja de respuestas que le han entregado, en primer lugar anote sus datos (fecha, lugar de aplicación y edad), en la parte superior de la hoja. Cada enunciado tiene cinco posibles respuestas, en la hoja, encontrará las opciones de respuestas frente a cada enunciado como se indica en la siguiente imagen.

No.		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1						

Si tiene alguna duda, pregunte al investigador.

No pase a la siguiente hoja hasta que se le indique



Instrumento No. 1



Fecha: _____ Lugar: _____ Edad: _____ Sujeto No.: _____

No.		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Mi cirugía alteró negativamente el transcurso de mi vida					
2	Pienso que el proceso de enfermedad fue un cambio favorable para mi vida					
3	Pienso que fue difícil adaptarme a todo el proceso y resultado de mi cirugía					
4	Soy fuerte y puedo soportar todas las situaciones relacionadas con mi cirugía.					
5	Pienso que es imposible adaptarme a esta nueva vida después de mi cirugía					
6	MI cirugía me permitió crecer como persona.					
7	Pienso que recuperarme de mi cirugía es algo imposible.					
8	Pienso que me he recuperado totalmente					
9	Pienso que después de la cirugía tengo una nueva oportunidad en mi vida.					
10	Me he recuperado satisfactoriamente de mi cirugía.					
11	Pienso que las posibilidades de salir adelante en mi vida disminuyeron.					
12	Tengo la capacidad para salir adelante después de mi cirugía.					
13	Pienso que tengo todo lo necesario para salir adelante.					
14	MI vida continúa a pesar de mi cirugía.					
15	Creo que mi vida cambió favorablemente después de mi cirugía.					
16	Estoy estancada después de mi cirugía.					
17	Estoy segura de que soy fuerte y puedo salir adelante después de mi cirugía.					
18	Creo que tengo fuerzas para continuar después de mi cirugía.					
19	después de mi cirugía tengo oportunidades de salir adelante.					
20	Después de mi cirugía tengo un nuevo proyecto de vida.					
21	MI recuperación ha perjudicado mi vida.					
22	Sé que soy una persona mejor después de mi cirugía.					
23	Estoy segura de que mi recuperación fue lo mejor.					
24	Se que voy a volver a ser la misma de antes.					



Instrumento No. 1



		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
25	Es difícil para mí realizar actividades físicas que ayuden a mi cuerpo a sentirse mejor después de mi cirugía.					
26	Realizo actividades saludables para mi estado físico y mi vida después de mi cirugía.					
27	Después de mi cirugía se me dificulta continuar con las labores cotidianas de mi vida.					
28	Realizo las actividades que realizaba antes de mi cirugía.					
29	Después de mi cirugía, ocupo mi tiempo libre en actividades que me gustan.					
30	Después de mi cirugía, participo de actividades recreativas o lúdicas que son agradables para mí.					
31	Dejé de realizar actividades que me divertían antes.					
32	Mantengo y fortalezo mis relaciones de amistad después de mi cirugía.					
33	A partir de la cirugía, me alejé completamente de mis amigos.					
34	Es difícil para mí salir con personas que no conozco después de mi cirugía.					
35	Después de mi cirugía conservo mi relación afectiva de pareja.					
36	Restringí mis actividades sociales después de mi cirugía.					
37	Siento que puedo emprender nuevas cosas en mi vida luego de la cirugía.					
38	Me siento débil para afrontar lo que sigue después de mi cirugía.					
39	Siento que se me dificulta emprender nuevos retos en mi vida luego de la cirugía.					
40	Siento que la recuperación de mi cirugía, ha sido satisfactoria.					
41	Siento que se acabaron las oportunidades para mi vida, luego mi cirugía.					
42	Me siento animada a seguir con mi vida después de mi cirugía.					
43	Siento desaliento en lo que hago después de mi cirugía.					

Gracias por su colaboración.



Instrumento No. 1

Plantilla de calificación



No.		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Mi cirugía alteró negativamente el transcurso de mi vida	2	1	0	-1	-2
2	Pienso que el proceso de enfermedad fue un cambio favorable para mi vida	-2	-1	0	1	2
3	Pienso que fue difícil adaptarme a todo el proceso y resultado de mi cirugía	2	1	0	-1	-2
4	Soy fuerte y puedo soportar todas las situaciones relacionadas con mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
5	Pienso que es imposible adaptarme a esta nueva vida después de mi cirugía	2	1	0	-1	-2
6	Mi cirugía me permitió crecer como persona.	-2	-1	0	1	2
7	Pienso que recuperarme de mi cirugía es algo imposible.	2	1	0	-1	-2
8	Pienso que me he recuperado totalmente	-2	-1	0	1	2
9	Pienso que después de la cirugía tengo una nueva oportunidad en mi vida.	-2	-1	0	1	2
10	Me he recuperado satisfactoriamente de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
11	Pienso que las posibilidades de salir adelante en mi vida disminuyeron.	2	1	0	-1	-2
12	Tengo la capacidad para salir adelante después de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
13	Pienso que tengo todo lo necesario para salir adelante.	-2	-1	0	1	2
14	Mi vida continúa a pesar de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
15	Creo que mi vida cambió favorablemente después de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
16	Estoy estancada después de mi cirugía.	2	1	0	-1	-2
17	Estoy segura de que soy fuerte y puedo salir adelante después de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
18	Creo que tengo fuerzas para continuar después de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
19	después de mi cirugía tengo oportunidades de salir adelante.	-2	-1	0	1	2
20	Después de mi cirugía tengo un nuevo proyecto de vida.	-2	-1	0	1	2
21	Mi recuperación ha perjudicado mi vida.	2	1	0	-1	-2
22	Sé que soy una persona mejor después de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
23	Estoy segura de que mi recuperación fue lo mejor.	-2	-1	0	1	2
24	Se que voy a volver a ser la misma de antes.	-2	-1	0	1	2



Instrumento No. 1



Plantilla de calificación

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
25	Es difícil para mí realizar actividades físicas que ayuden a mi cuerpo a sentirse mejor después de mi cirugía.	2	1	0	-1	-2
26	Realizo actividades saludables para mi estado físico y mi vida después de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
27	Después de mi cirugía se me dificulta continuar con las labores cotidianas de mi vida.	2	1	0	-1	-2
28	Realizo las actividades que realizaba antes de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
29	Después de mi cirugía, ocupo mi tiempo libre en actividades que me gustan.	-2	-1	0	1	2
30	Después de mi cirugía, participo de actividades recreativas o lúdicas que son agradables para mí.	-2	-1	0	1	2
31	Dejé de realizar actividades que me divertían antes.	2	1	0	-1	-2
32	Mantengo y fortalezo mis relaciones de amistad después de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
33	A partir de la cirugía, me alejé completamente de mis amistades.	2	1	0	-1	-2
34	Es difícil para mí salir con personas que no conozco después de mi cirugía.	2	1	0	-1	-2
35	Después de mi cirugía conservo mi relación afectiva de pareja.	-2	-1	0	1	2
36	Restringí mis actividades sociales después de mi cirugía.	2	1	0	-1	-2
37	Siento que puedo emprender nuevas cosas en mi vida luego de la cirugía.	-2	-1	0	1	2
38	Me siento débil para afrontar lo que sigue después de mi cirugía.	2	1	0	-1	-2
39	Siento que se me dificulta emprender nuevos retos en mi vida luego de la cirugía.	2	1	0	-1	-2
40	Siento que la recuperación de mi cirugía, ha sido satisfactoria.	-2	-1	0	1	2
41	Siento que se acabaron las oportunidades para mi vida, luego mi cirugía.	2	1	0	-1	-2
42	Me siento animada a seguir con mi vida después de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
43	Siento desaliento en lo que hago después de mi cirugía.	2	1	0	-1	-2

ANEXO D Cuadernillo y planilla de respuestas de la prueba de actitud hacia la imagen corporal



INSTRUMENTO N°2.

Lea detenidamente las instrucciones antes de comenzar.

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de enunciados frente al proceso de enfermedad de cáncer de mama, luego de la mastectomía radical modificada.

Al contestar, tenga en cuenta lo siguiente: No existen contestaciones correctas o incorrectas, conteste con sinceridad. No piense demasiado en las cuestiones, ni emplee mucho tiempo en decidirse, los enunciados son muy cortos para darle todos los detalles que usted quisiera.

Evite señalar la respuesta “indiferente”, excepto cuando le sea imposible decidirse por las otras. Procure no dejar ningún enunciado sin contestar. Es posible que alguna no tenga nada que ver con usted, intente elegir la respuesta que vaya mejor a su situación.

No se preocupe y recuerde que sus respuestas se guardan como documentos confidenciales y no pueden ser valorados sin una plantilla especial. Además, al obtener los resultados, no se consideran las respuestas una a una, sino globalmente.

En la hoja de respuestas que le han entregado, en primer lugar anote sus datos (fecha, lugar de aplicación y edad), en la parte superior de la hoja. Cada enunciado tiene cinco posibles respuestas, en la hoja, encontrará las opciones de respuestas frente a cada enunciado como se indica en la siguiente imagen.

No.		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1						

Si tiene alguna duda, pregunte al investigador.

No pase a la siguiente hoja hasta que se le indique.



Instrumento No. 2



Fecha: _____ Lugar: _____ Edad: _____ Sujeto No.: _____

No.		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Mi cuerpo es simbolo de fortaleza.					
2	Mi cuerpo esta mutilado.					
3	Nadie me va a considerar atractiva luego de la cirugía, debido a la forma que tomo mi cuerpo.					
4	Me considero una mujer sexualmente atractiva.					
5	Mi cuerpo es simbolo de vida.					
6	Mi cuerpo esta debil luego de mi cirugía.					
7	Mi cuerpo puede fortalecerse y recuperarse de la cirugía.					
8	Mi cuerpo esta incompleto luego de mi cirugía.					
9	Mi salud va a mejorar junto con mi cuerpo.					
10	La cirugía me dejo muy mal de salud.					
11	Mi vida tiene una nueva oportunidad de vida y salud.					
12	Luego de mi cirugía debo cuidar mi salud para que todo continúe bien en mi vida.					
13	A pesar de la cirugía estoy conforme con mi cuerpo.					
14	Creo que la cirugía dejo feo mi cuerpo.					
15	Creo que la cirugía es una nueva oportunidad en mi vida.					
16	Creo que el cambio en mi cuerpo por la cirugía era necesario para continuar con mi vida.					
17	Creo que luego de la cirugía mi cuerpo es simbolo de fortaleza.					
18	Creo que luego de la cirugía mi cuerpo me limita a hacer las cosas que me gustan.					
19	Creo que mi cuerpo me permite hacer las mismas cosas que hacia antes.					
20	Creo que el cambio que tuvo mi cuerpo por la cirugía altero las cosas que solia hacer.					
21	Creo que la cirugía es algo pasajero y puedo salir adelante.					



Instrumento No. 2



		Muyen desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
22	Creo que mi cuerpo luce desagradable.					
23	Puedo superar los cambios que me dejó la cirugía.					
24	Creo que la cirugía me dificulta continuar con mi vida.					
25	Creo que la vida continúa a pesar de la forma de mi cuerpo luego de la cirugía.					
26	Es difícil para mí observar mi cuerpo desnudo luego de la cirugía.					
27	Puedo mirarme al espejo luego de la cirugía sin ningún inconveniente.					
28	Se me dificulta mirarme al espejo luego de la cirugía.					
29	Procuró tapar con mis manos u objetos el lugar de mi cirugía.					
30	Me visto con prendas que me gustan y me hacen sentir cómoda sin importar su estilo.					
31	Puedo usar vestidos de baño sin inconvenientes luego de la cirugía.					
32	Evito salir acompañada cuando compro ropa luego de mi cirugía.					
33	Los cambios en mi apariencia física que atribuí a mi cirugía me impiden hacer cosas que yo quiero hacer.					
34	Comparto las actividades que me gustan con mis amigos.					
35	Realizo las actividades que antes de la cirugía me agradaban.					
36	Restringí mis actividades sociales por los cambios en mi apariencia física luego de mi cirugía.					
37	Entablo relaciones sociales fácilmente sin importar mi apariencia luego de la cirugía.					
38	Evito salir con mis amigos o compañeros por causa de mi incomodidad por la apariencia de mi senos luego de la cirugía.					
39	Luego de mi cirugía mantengo contactos con mis amigos y comparto con ellos sin importar mi apariencia.					
40	Evito encontrarme con personas debido a mi apariencia luego de mi cirugía.					
41	Evito salir con personas desconocidas debido a mi apariencia luego de la cirugía.					
42	Evito los planes grupales donde se exponga mi cuerpo.					
43	Luego de la cirugía intento mantener una corta conversación con las personas.					
44	Evito tener contacto visual con la persona con la que converso luego de la cirugía.					
45	Siento que mi cuerpo está recuperado luego de la cirugía.					



Instrumento No. 2



		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
46	Me avergüenzo de mi cuerpo luego de la cirugía.					
47	Me siento avergonzada por los cambios en mi apariencia física luego de la cirugía.					
48	Luego de la cirugía me siento físicamente capaz de hacer todas las cosas que yo quiero.					
49	Me siento incomoda por la apariencia de mi cuerpo luego de la cirugía.					
50	Me siento incómoda con mi apariencia luego de la cirugía.					
51	Me siento incomoda porque mi cuerpo está fuera de forma luego de la cirugía.					
52	He sentido que el tratamiento me dejó menos completa.					
53	Me siento físicamente atractiva luego de mi cirugía.					
54	Me siento cómoda con la apariencia de mi cuerpo luego de la cirugía.					

Gracias por su colaboración.



Instrumento No. 2

Plantilla de calificación

Fecha: _____ Lugar: _____ Edad: _____ Sujeto No.: _____

No.		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Mi cuerpo es símbolo de fortaleza.	-2	-1	0	1	2
2	Mi cuerpo esta mutilado.	2	1	0	-1	-2
3	Nadie me va a considerar atractiva luego de la cirugía, debido a la forma que tomo mi cuerpo.	2	1	0	-1	-2
4	Me considero una mujer sexualmente atractiva.	-2	-1	0	1	2
5	Mi cuerpo es símbolo de vida.	-2	-1	0	1	2
6	Mi cuerpo esta debil luego de mi cirugía.	2	1	0	-1	-2
7	Mi cuerpo puede fortalecerse y recuperarse de la cirugía.	-2	-1	0	1	2
8	Mi cuerpo esta incompleto luego de mi cirugía.	2	1	0	-1	-2
9	Mi salud va a mejorar junto con mi cuerpo.	-2	-1	0	1	2
10	La cirugía me dejo muy mal de salud.	2	1	0	-1	-2
11	Mi vida tiene una nueva oportunidad de vida y salud.	-2	-1	0	1	2
12	Luego de mi cirugía debo cuidar mi salud para que todo continúe bien en mi vida.	-2	-1	0	1	2
13	A pesar de la cirugía estoy conforme con mi cuerpo.	-2	-1	0	1	2
14	Creo que la cirugía dejo feo mi cuerpo.	2	1	0	-1	-2
15	Creo que la cirugía es una nueva oportunidad en mi vida.	-2	-1	0	1	2
16	Creo que el cambio en mi cuerpo por la cirugía era necesario para continuar con mi vida.	-2	-1	0	1	2
17	Creo que luego de la cirugía mi cuerpo es símbolo de fortaleza.	-2	-1	0	1	2
18	Creo que luego de la cirugía mi cuerpo me invita a hacer las cosas que me gustan.	2	1	0	-1	-2
19	Creo que mi cuerpo me permite hacer las mismas cosas que hacia antes.	-2	-1	0	1	2
20	Creo que el cambio que tuvo mi cuerpo por la cirugía altero las cosas que solia hacer.	2	1	0	-1	-2
21	Creo que la cirugía es algo pasajero y puedo salir adelante.	-2	-1	0	1	2



Instrumento No. 2



Plantilla de calificación

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
22	Creo que mi cuerpo luce desagradable.	2	1	0	-1	-2
23	Puedo superar los cambios que me dejó la cirugía.	-2	-1	0	1	2
24	Creo que la cirugía me dificulta continuar con mi vida.	2	1	0	-1	-2
25	Creo que la vida continúa a pesar de la forma de mi cuerpo luego de la cirugía.	-2	-1	0	1	2
26	Es difícil para mí observar mi cuerpo desnudo luego de la cirugía.	2	1	0	-1	-2
27	Puedo mirarme al espejo luego de la cirugía sin ningún inconveniente.	-2	-1	0	1	2
28	Se me dificulta mirarme al espejo luego de la cirugía.	2	1	0	-1	-2
29	Procuro tapar con mis manos u objetos el lugar de mi cirugía.	2	1	0	-1	-2
30	Me visto con prendas que me gustan y me hacen sentir cómoda sin importar su estilo.	-2	-1	0	1	2
31	Puedo usar vestidos de baño sin inconvenientes luego de la cirugía.	-2	-1	0	1	2
32	Evito salir acompañada cuando compro ropa luego de mi cirugía.	2	1	0	-1	-2
33	Los cambios en mi apariencia física que atribuí a mi cirugía me impiden hacer cosas que yo quiero hacer.					
34	Comparto las actividades que me gustan con mis amigos.	2	1	0	-1	-2
35	Realizo las actividades que antes de la cirugía me agradaban.	-2	-1	0	1	2
36	Restringí mis actividades sociales por los cambios en mi apariencia física luego de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
37	Entablo relaciones sociales fácilmente sin importar mi apariencia luego de la cirugía.	2	1	0	-1	-2
38	Evito salir con mis amigos o compañeros por causa de mi incomodidad por la apariencia de mi seno luego de la cirugía.	-2	-1	0	1	2
39	Luego de mi cirugía mantengo contactos con mis amigos y comparto con ellos sin importar mi apariencia.	2	1	0	-1	-2
40	Evito encontrarme con personas debido a mi apariencia luego de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
41	Evito salir con personas desconocidas debido a mi apariencia luego de la cirugía.	2	1	0	-1	-2
42	Evito los planes grupales donde se exponga mi cuerpo.	2	1	0	-1	-2
43	Luego de la cirugía intento mantener una corta conversación con las personas.	2	1	0	-1	-2
44	Evito tener contacto visual con la persona con la que converso luego de la cirugía.	2	1	0	-1	-2
45	Siento que mi cuerpo está recuperado luego de la cirugía.	-2	-1	0	1	2



Instrumento No. 2



Plantilla de calificación

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	Deacuerdo	Muy deacuerdo
46	Me averguenzo de mi cuerpo luego de la cirugía.	2	1	0	-1	-2
47	Me siento avergonzada por los cambios en mi apariencia física luego de la cirugía.	2	1	0	-1	-2
48	Luego de la cirugía me siento físicamente capaz de hacer todas las cosas que yo quiero.	-2	-1	0	1	2
49	Me siento incomoda por la apariencia de mi cuerpo luego de la cirugía.	2	1	0	-1	-2
50	Me siento incórfome con mi apariencia luego de la cirugía.	2	1	0	-1	-2
51	Me siento incomoda porque mi cuerpo está fuera de forma luego de la cirugía.	2	1	0	-1	-2
52	He sentido que el tratamiento me dejó menos completa.	2	1	0	-1	-2
53	Me siento físicamente atractiva luego de mi cirugía.	-2	-1	0	1	2
54	Me siento cómoda con la apariencia de mi cuerpo luego de la cirugía.	-2	-1	0	1	2

Gracias por su colaboración.

ANEXO E Consentimientos informados



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: **CORRELACIÓN ENTRE LA ACTITUD HACIA LA IMAGEN CORPORAL Y LA ACTITUD RESILIENTE EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA.**

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ángela Viviana Wilches Cabrera

Jessica Natalia Suárez Reyes

INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN: **Unidad Oncológica Surcolombiana S.A.S**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

A usted se le esta invitando a participar en el estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

1. Objetivos del estudio:

-Objetivo General: Establecer la correlación entre la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

-Objetivos Específicos:

- Identificar la actitud hacia la imagen corporal establecida por las pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.
- Determinar la actitud de resiliencia en las pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.
- Relacionar la actitud imagen corporal y actitud de resiliencia en las pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

2. **Justificación del estudio:** Esta investigación es realizada con el propósito de aportar conocimiento científico e información relevante para investigaciones en cáncer de mama, al tener en cuenta que esta enfermedad ha sido abordada desde diferentes ámbitos, dentro de los cuales no se encuentra la psicología, surgiendo la necesidad de reconocer y trabajar en las implicaciones psicológicas que la enfermedad y la cirugía podría tener para la mujer; dentro de estos aspectos, en la investigación se identifican la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en mujeres que han sido mastectomizadas, y el interés en determinar si existe una correlación entre estas dos variables, considerando fundamental el compromiso ético, al reconocer la importancia de trabajar con pacientes con cáncer de mama y aportar a su proceso de enfermedad de una manera favorable. Adicional a esto, se tiene en cuenta que el cáncer de mama es una enfermedad con alta incidencia en el país y en el departamento del Huila, afectando a una parte considerable de la población. De esta manera, se busca impulsar y promover a partir de esta iniciativa, el trabajo e investigación en cáncer de mama, contribuyendo a la construcción de conocimiento relevante para un mejor manejo terapéutico y proceso de enfermedad.
3. **Beneficios del estudio:** En primera instancia, se presenta ante la participante, el compromiso ético y profesional que es adoptado por las investigadoras dentro de todo el procedimiento de la investigación. Se da la oportunidad de participar en una investigación orientada a resolver problemáticas de salud, que empieza a promover el trabajo desde el ámbito psicológico, tan importante dentro del proceso de enfermedad y cirugía para la mujer. Además, podrá participar activamente en la sesión de retroalimentación y socialización a realizar al finalizar la investigación, contando con un espacio de compartir y retroalimentar con mujeres en condiciones similares, teniendo la oportunidad de recibir la información recolectada en la investigación y hacer parte de la iniciativa investigativa en trabajo psicológico en pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada en la ciudad de Neiva.
4. **Procedimientos del estudio:** Para la presente investigación se llevará a cabo una recolección de datos a través de la aplicación de dos instrumentos construidos por las investigadoras, validados para esta población, un instrumento mide la actitud resiliente y otro la actitud hacia la imagen corporal frente a la cirugía de mastectomía radical modificada. Los instrumentos son aplicados a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y que fueron intervenidas quirúrgicamente

con mastectomía, esta aplicación se realizará en un solo momento, con el consentimiento de cada una de las participantes. En el momento de la aplicación, las investigadoras darán las instrucciones correspondientes para su debido diligenciamiento. Posterior a la aplicación de los instrumentos, se realizará el debido análisis de datos, que arrojarán los resultados finales de la investigación, que serán entregados y socializados tanto a la institución como a todas las participantes de la investigación. Este proceso de retroalimentación tendrá lugar en la fase final de la investigación, ofreciendo un espacio de interacción y participación con el grupo de participantes.

5. **Riesgos asociados al estudio:** Dentro de las características que especifica la reforma 08430 de 1993, esta investigación no representa ningún riesgo para la población estudiada, ya que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”, ya que se aplicarán dos instrumentos escritos auto-administrados por cada paciente y se realizará la revisión de historias clínicas con previa autorización de la paciente.

6. **Aclaraciones:** Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con las investigadoras **Ángela Viviana Wilches Cabrera** al teléfono 3182970476 o **Jessica Natalia Suárez Reyes** al teléfono 3168203903.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ c.c N° _____ de _____
he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevisto. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL PARTICIPANTE.

C.C N°

He explicado al Sr.(a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: **CORRELACIÓN ENTRE LA ACTITUD HACIA LA IMAGEN CORPORAL Y LA ACTITUD RESILIENTE EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA.**

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ángela Viviana Wilches Cabrera

Jessica Natalia Suárez Reyes

INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN: **Centro Oncológico Licáncer – Huila, Liga contra el cáncer seccional Huila.**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

A usted se le esta invitando a participar en el estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

7. Objetivos del estudio:

-Objetivo General: Establecer la correlación entre la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

-Objetivos Específicos:

- Identificar la actitud hacia la imagen corporal establecida por las pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.
- Determinar la actitud de resiliencia en las pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.
- Relacionar la actitud imagen corporal y actitud de resiliencia en las pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

8. **Justificación del estudio:** Esta investigación es realizada con el propósito de aportar conocimiento científico e información relevante para investigaciones en cáncer de mama, al tener en cuenta que esta enfermedad ha sido abordada desde diferentes ámbitos, dentro de los cuales no se encuentra la psicología, surgiendo la necesidad de reconocer y trabajar en las implicaciones psicológicas que la enfermedad y la cirugía podría tener para la mujer; dentro de estos aspectos, en la investigación se identifican la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en mujeres que han sido mastectomizadas, y el interés en determinar si existe una correlación entre estas dos variables, considerando fundamental el compromiso ético, al reconocer la importancia de trabajar con pacientes con cáncer de mama y aportar a su proceso de enfermedad de una manera favorable. Adicional a esto, se tiene en cuenta que el cáncer de mama es una enfermedad con alta incidencia en el país y en el departamento del Huila, afectando a una parte considerable de la población. De esta manera, se busca impulsar y promover a partir de esta iniciativa, el trabajo e investigación en cáncer de mama, contribuyendo a la construcción de conocimiento relevante para un mejor manejo terapéutico y proceso de enfermedad.
9. **Beneficios del estudio:** En primera instancia, se presenta ante la participante, el compromiso ético y profesional que es adoptado por las investigadoras dentro de todo el procedimiento de la investigación. Se da la oportunidad de participar en una investigación orientada a resolver problemáticas de salud, que empieza a promover el trabajo desde el ámbito psicológico, tan importante dentro del proceso de enfermedad y cirugía para la mujer. Además, podrá participar activamente en la sesión de retroalimentación y socialización a realizar al finalizar la investigación, contando con un espacio de compartir y retroalimentar con mujeres en condiciones similares, teniendo la oportunidad de recibir la información recolectada en la investigación y hacer parte de la iniciativa investigativa en trabajo psicológico en pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada en la ciudad de Neiva.
10. **Procedimientos del estudio:** Para la presente investigación se llevará a cabo una recolección de datos a través de la aplicación de dos instrumentos construidos por las investigadoras, validados para esta población, un instrumento mide la actitud resiliente y otro la actitud hacia la imagen corporal frente a la cirugía de mastectomía radical modificada. Los instrumentos son aplicados a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y que fueron intervenidas quirúrgicamente

con mastectomía, esta aplicación se realizará en un solo momento, con el consentimiento de cada una de las participantes. En el momento de la aplicación, las investigadoras darán las instrucciones correspondientes para su debido diligenciamiento. Posterior a la aplicación de los instrumentos, se realizará el debido análisis de datos, que arrojarán los resultados finales de la investigación, que serán entregados y socializados tanto a la institución como a todas las participantes de la investigación. Este proceso de retroalimentación tendrá lugar en la fase final de la investigación, ofreciendo un espacio de interacción y participación con el grupo de participantes.

11. **Riesgos asociados al estudio:** Dentro de las características que especifica la reforma 08430 de 1993, esta investigación no representa ningún riesgo para la población estudiada, ya que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”, ya que se aplicarán dos instrumentos escritos auto-administrados por cada paciente y se realizará la revisión de historias clínicas con previa autorización de la paciente.

12. **Aclaraciones:** Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con las investigadoras **Ángela Viviana Wilches Cabrera** al teléfono 3182970476 o **Jessica Natalia Suárez Reyes** al teléfono 3168203903.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ c.c N° _____ de _____
he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevisto. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL PARTICIPANTE.

C.C N°

He explicado al Sr.(a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CORRELACIÓN ENTRE LA ACTITUD HACIA LA IMAGEN CORPORAL Y LA ACTITUD RESILIENTE EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ángela Viviana Wilches Cabrera

Jessica Natalia Suárez Reyes

SEDE DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo – Neiva

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

13. Objetivos del estudio:

-Objetivo General: Establecer la correlación entre la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

-Objetivos Específicos:

- Identificar la actitud hacia la imagen corporal establecida por las pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.
- Determinar la actitud de resiliencia en las pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.
- Relacionar la actitud imagen corporal y actitud de resiliencia en las pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada.

14. Justificación del estudio: Esta investigación es realizada con el propósito de aportar conocimiento científico e información relevante para investigaciones en cáncer de mama, al tener en cuenta que esta enfermedad ha sido abordada desde diferentes ámbitos, dentro de los cuales no se encuentra la psicología, surgiendo la necesidad de reconocer y trabajar en las implicaciones psicológicas que la enfermedad y la cirugía podría tener para la mujer; dentro de estos aspectos, en la investigación se identifican la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en mujeres que han sido mastectomizadas, y el interés en determinar si existe una correlación entre estas dos variables, considerando fundamental el compromiso ético, al reconocer la importancia de trabajar con pacientes con cáncer de mama y aportar a su proceso de enfermedad de una manera favorable. Adicional a esto, se tiene en cuenta que el cáncer de mama es una enfermedad con alta incidencia en el país y en el departamento del Huila, afectando a una parte considerable de la población. De esta manera, se busca impulsar y promover a partir de esta iniciativa, el trabajo e investigación en cáncer de mama, contribuyendo a la construcción de conocimiento relevante para un mejor manejo terapéutico y proceso de enfermedad.

15. Beneficios del estudio: En primera instancia, se presenta ante la participante, el compromiso ético y profesional que es adoptado por las investigadoras dentro de todo el procedimiento de la investigación. Se da la oportunidad de participar en una investigación orientada a resolver problemáticas de salud, que empieza a promover el trabajo desde el ámbito psicológico, tan importante dentro del proceso de enfermedad y cirugía para la mujer. Además, podrá participar activamente en la sesión de retroalimentación y socialización a realizar al finalizar la investigación, contando con un espacio de compartir y retroalimentar con mujeres en

condiciones similares, teniendo la oportunidad de recibir la información recolectada en la investigación y hacer parte de la iniciativa investigativa en trabajo psicológico en pacientes con cáncer de mama y mastectomía radical modificada en la ciudad de Neiva.

16. Procedimientos del estudio: Para la presente investigación se llevará a cabo una recolección de datos a través de la aplicación de dos instrumentos construidos por las investigadoras, validados para esta población, un instrumento mide la actitud resiliente y otro la actitud hacia la imagen corporal frente a la cirugía de mastectomía radical modificada. Los instrumentos son aplicados a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y que fueron intervenidas quirúrgicamente con mastectomía, esta aplicación se realizará en un solo momento, con el consentimiento de cada una de las participantes. En el momento de la aplicación, las investigadoras darán las instrucciones correspondientes para su debido diligenciamiento. Posterior a la aplicación de los instrumentos, se realizará el debido análisis de datos, que arrojarán los resultados finales de la investigación, que serán entregados y socializados tanto a la institución como a todas las participantes de la investigación. Este proceso de retroalimentación tendrá lugar en la fase final de la investigación, ofreciendo un espacio de interacción y participación con el grupo de participantes.

17. Riesgos asociados al estudio: Dentro de las características que especifica la reforma 08430 de 1993, esta investigación no representa ningún riesgo para la población estudiada, ya que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”, ya que se aplicarán dos instrumentos escritos auto-administrados por cada paciente y se realizará la revisión de historias clínicas con previa autorización de la paciente.

18. Aclaraciones: Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.
En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con las investigadoras **Ángela Viviana Wilches Cabrera** al teléfono 3182970476 o **Jessica Natalia Suárez Reyes** al teléfono 3168203903.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ c.c N° _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevisto. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL PARTICIPANTE.
C.C N° _____

NOMBRE DEL TESTIGO



FIRMA DEL TESTIGO.
C.C N° _____

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su responsable)

He explicado al Sr.(a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha

	
Comité de Ética Bioética e Investigación	
Acta de Aprobación N° <u>007</u>	
Fecha de Aprobación <u>22 de MAYO 2012</u>	
Firma <u>Ángela Wilches Cabrera</u>	
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación	