



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de Psicologia.

Treball de Fi de Grau

La influencia de los estereotipos en el cáncer de mama

Diana Fabiola Ruiz Merino

Grau de PSICOLOGIA.

Any acadèmic 2019-2020.

DNI de l'alumne: **45371868K**

Treball tutelat per **Esperanza Bosch Fiol**.
Departament de Psicologia.

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paraules clau del treball: **Cáncer, mamas, afrontamiento, aspecto corporal, belleza, estereotipos, sociedad.**

INDICE

1. Introducción Página. 3-5
2. Capítulo I..... Página. 5-12.
3. Capitulo II..... Página.13-26.
4. Capitulo III..... Página. 26-40
5. Capitulo IV..... Página.41-44
6. Referencia Bibliográfica,..... Página.44-51

1. Resumen / Abstract.

Actualmente, el cáncer de mama es una enfermedad que ha ido incrementando considerablemente en los últimos años. Es una enfermedad crónica que causa grandes consecuencias negativas en el aspecto corporal de la mujer, pero también genera un gran impacto a nivel biológico, psicológico y social.

Después del diagnóstico, la mujer se tiene que enfrentar a todas las consecuencias negativas de la propia cirugía, pero también del tratamiento. Por ello, es importante elegir un tipo de afrontamiento adecuado para que sea más óptimo dicho proceso. Asimismo, estas consecuencias vienen acompañadas de los estereotipos creados por la sociedad sobre la belleza y el cuerpo perfecto. Este hecho produce una mayor gravedad de los síntomas previos, y surgen otros nuevos como insatisfacción corporal, menor autoestima y sentimientos de inferioridad.

Por lo tanto, la sociedad ejerce una gran influencia en la forma de afrontar la enfermedad por parte de la mujer. Una solución adecuada sería empoderar a todas las mujeres, para que se sientan seguras de sí mismas ante cualquier adversidad, y que puedan tomar sus propias decisiones basadas en su salud antes que en el aspecto físico.

Palabras: cáncer, mamas, afrontamiento, aspecto corporal, belleza, estereotipos, sociedad.

ABSTRACT.

Nowadays, breast cancer is a disease that has been increasing considerably in recent years. It is a chronic disease that causes great negative consequences on the body aspect of women, but also generates a great impact at the biological, psychological and social levels.

After the medical diagnostic, the woman has to face all the negative consequences of the surgery itself, but also of the treatment. For this reason, it is important to choose a suitable type of coping so that this process is more optimal. Also, these consequences are accompanied by the stereotypes created by society about beauty and the perfect body. This fact produces a greater severity of the previous symptoms, and new ones arise such as body dissatisfaction, lower self-esteem and feelings of inferiority.

Therefore, society has a great influence on the way women face the disease. An appropriate solution would be to empower all women, so that they feel confident in any adversity, and that they can make their own decisions based on their health rather than physical appearance.

Keywords: cancer, chest, coping, body aspect, beauty, stereotypes, society,

2. Introducción y objetivos.

El Cáncer de Mama es un problema de gran volumen en la salud de nuestra sociedad, no solo por su alta magnitud y trascendencia, sino por la afectación y repercusión que tiene en las distintas fases de la vida de la mujer, como en los aspectos físicos y psicológicos. Todo ello ocasiona una disminución de su calidad de vida. Además de ser muy temida por la mayoría de pacientes, ya que presentan continuos padecimientos, dolores, recaídas e incluso en los casos más graves, la muerte (Juárez y Landero, 2009).

El cáncer de mama, no solo es una enfermedad que afecta de manera individual a las mujeres que lo padecen, sino también a sus parejas, familias, a la sociedad, y en general, a los sistemas

de salud (Ceballo,2015). EL sistema sanitario considera que es una enfermedad de gran complejidad debido al alto número de casos que se presentan de manera diaria, acompañada de los efectos negativos que recaen en la salud física, emocional, mental y social (Londoño, 2009). Sin olvidar los efectos en su autoestima, sexualidad e imagen corporal, que se pueden mantener a lo largo del tiempo y no suelen desaparecer hasta finalizar el tratamiento pertinente (Narváez, Rubiños, Cortes – Funes, Gómez y García, 2008). Por ello, es considerada una enfermedad de tipo crónica, ya que afecta a diferentes ámbitos u esferas de la vida de la persona (Pintado, 2013). Aunque exista multitud de tratamientos, los principales, y los que más referencia haremos son la cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormoterapia (Parra, García y Insuasty, 2011).

Por lo tanto, un elemento importante será la elección por parte de la mujer del tipo de afrontamiento adecuado para hacer frente a la situación adversa. Si la mujer tiene una elección correcta, el afrontamiento de la enfermedad será óptima y adecuada, sin embargo, si sucede lo contrario, acabará generando una mayor intensidad de sensaciones negativas (Plaza y Rosario, 2013). Los dos tipos de afrontamiento más común en las mujeres con cáncer de mama son el afrontamiento centrado en el problema o en las emociones (Moreno, Gutiérrez y Zayas, 2017). Además, este concepto nos permitirá identificar la adaptación que tendrá la persona desde el inicio del diagnóstico hasta la aplicación de tratamiento (Plaza y Rosario, 2013), al igual que la presencia de otros elementos como la capacidad de resiliencia y la existencia de una personalidad tipo C (Pintado, 2013).

La repercusión que causa la enfermedad se ve agravada por la pérdida de la mama, sobre todo por el gran significado que tiene esta parte del cuerpo para la mujer, y que tan influenciada esta por estereotipos de belleza y feminidad desarrollados por la sociedad (Parra, García y Insuasty, 2011). La sociedad considera las mamas como símbolos de feminidad, sexualidad y maternidad (Plaza y Rosario, 2013). Actualmente nuestra sociedad está basada en estereotipos sobre la percepción de un cuerpo perfecto, esta situación provoca un aumento de presión en las mujeres, pero en especial en las mujeres que sufren cáncer de mama. Este hecho hace sentir a estas mujeres menos atractivas y deseadas e incluso verbalizan sentirse menos mujeres que antes (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010). Por lo tanto, la meta final de nuestra sociedad es conseguir un cuerpo idílico y perfecto, basado en reglas o normas físicas que indican belleza. Sin embargo, esto no plasma con las mujeres que conviven en la sociedad (Díaz, 2010). En el caso de que las mujeres no formen parte de dichas normas de belleza, genera una gran cantidad de consecuencias negativas y graves respecto a su aspecto corporal, menor autoestima, insatisfacción con su cuerpo y afectación, sobre todo, en las relaciones sexuales y en el ámbito familiar (Sánchez, 2001).

Por lo tanto, la belleza es muy relativa y variada, pero los estereotipos han marcado normas fijas y rígidas sobre este término. Por ello, lo más importante es el empoderamiento de todas las mujeres, en especial las que presenta cáncer de mama, porque gracias a ello permitirá a la mujer sentirse bien con su propio cuerpo y tomar decisiones por sí misma, sin dejar que la sociedad intervenga en dicha toma (Osornio, 2017).

La elección de este tema es exponer la influencia significativa de los estereotipos, y demostrar que todas las mujeres reciben dichas influencias. Y esto se puede observar cuando la mujer no encaja en dichos parámetros, se crean de manera inmediata consecuencias, actitudes o pensamientos recurrentes y negativos. Esta situación lo he querido analizar dentro de una población con mayor riesgo de sufrir estas consecuencias, mujeres con cáncer de mama.

Asimismo, el objetivo general del estudio es demostrar la influencia negativa de la presencia de los estereotipos que conforma la sociedad en mujeres que son diagnosticadas de cáncer de mama. A través de dicho estudio, se analizan también estos objetivos más específicos:

- Definir que es el cáncer de mama, tratamiento, tipología y evolución.
- Los efectos biológicos, psicológicos y conductuales que manifiesta tener cáncer de mama.
- Afrontamientos y actitudes psicológicas que presentan la mujer con cáncer para hacer frente a dicha situación adversa.
- Sociedad basada en estereotipos y roles, y la presión que se ejerce en la mujer con cáncer de mama.
- Alteración de la imagen corporal, belleza y feminidad que perciben las mujeres con cáncer de mama.

Capítulo I. Cáncer de Mama.

1. Definición.

El cáncer, en términos generales, es conocido como una proliferación incontrolada y anormal de las células en el interior del órgano afectado. Mientras que el Cáncer de Mama, se puede definir como una proliferación acelerada, desordenada y no controlada de las células con genes mutados (Vargas y Pulido, 2012), que ocurre en el tejido de la mama, que está compuesto por las glándulas mamarias comprometidas con la producción de leche, denominados lóbulos y lobulillos. Estos lóbulos están conectados por los conductos mamarios que se localizan inmersos en el tejido adiposo junto con el tejido linfático, constituyendo el aspecto de la mama o seno. (Vargas y Pulido, 2012).

La identificación tardía puede provocar la disminución de las opciones terapéuticas, con una mayor afectación a la calidad de vida de los pacientes y la reducción del nivel de supervivencia del paciente (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010).

2. Edad.

Este tipo de cáncer se puede presentar a cualquier edad o etapa de la vida de la mujer, por lo cual, existe una preocupación constante para el sexo femenino que se encuentra amenazado por dicha enfermedad. Sin embargo, es muy poco frecuente que surge antes de los 40 años, y con menos probabilidades que aparezca incluso antes de los 30, aunque actualmente se ha registrado incremento entre estas edades (Moreno, Gutiérrez y Zayas, 2017). No obstante, la mayoría de casos se suelen diagnosticar entre los 45 y 65 años. (Pintado, 2013).

3. Prevalencia

El cáncer de mama ha sido una de las enfermedades neoplásicas más atendidas e investigadas en los últimos años. Es considerado el segundo cáncer más común entre el sexo femenino y la segunda causa de muerte en los países tanto industrializados como aquellos en vías de desarrollo (Pintado, 2013).

“En el año 2008, se estima que la tasa de incidencia y mortalidad en España fue de 61,1 y 12,9 por cada 100.000 habitantes” (Aguilar, Sánchez, Mur, Gómez y Sánchez, 2014, p.3). E incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS), “valora que este tipo de enfermedad es responsable

de un 63% de un total de 57 millones de muertes ocurridas en el 2008” (Lima, Feres-Carneiro y Seixas, 2017, p.96)

A través de esta prevalencia podemos observar la gravedad de dicha enfermedad, no solo por las consecuencias antes, durante y después del proceso del cáncer, sino también por la afectación a gran escala en nuestra sociedad acompañado con un incremento considerable de casos continuos. Sobre todo, se ha producido un repunte en el diagnóstico de esta enfermedad en estadios tempranos, cómo el I y II, que representan el 75% de los casos diagnosticados (Pintado, 2013).

Según las estadísticas del acervo de la Dirección de Cáncer de la Mujer del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) “revelan que mundialmente la cantidad de casos de cáncer aumentará más de dos tercios en los próximos 20 años, aproximadamente pasaremos de de 12.7 millones en 2008 a 21.4 millones para 2030” (Organización Mundial de la Salud, 2016)

No obstante, aunque existe un auge de incrementos en nuestra sociedad, tenemos que tener en cuenta que uno de los factores principales es el aumento de la esperanza de la vida, junto con la urbanización y cambios en el estilo de vida de la mujer (Gutiérrez, 2015). Sin embargo, actualmente también existe mejoras en el diagnóstico, tratamiento y detección precoz, lo cual ha incrementado la supervivencia a un 70% (Narváz, Rubiños, Cortes -Funes, Gómez y García, 2008).

4. Factores de Riesgo.

Los factores de riesgo son considerados un componente multifactorial, ya que existe diversas causas que podrían incrementar las probabilidades de desarrollar un cáncer, o agravar su proceso o la mejora de los síntomas o las consecuencias, tanto físicas, psicológicas y sociales. Comentar que dichos factores no son la causa única y fundamental que ocasiona el cáncer, sino son incentivos negativos que pueden agravar el problema. Aunque se comentara los factores de riesgo con mayor significación en relación al cáncer de mama, también se tiene que considerar que el 41% de los cánceres de mama no se identifica con ningún factor de riesgo (Parra, García y Insuasty, 2011).

Un factor importante es la predisposición hereditaria, en la cual representa el 5 al 10% de todos los canceres de mama. El aumento de este elemento se presenta de manera más elevada cuando existen familiares de primer grado que han padecido la enfermedad, como madre, hermanas o hijas. Esto incrementa de manera significativa la capacidad de desarrollar y padecer el cáncer de mama. Se suele manifestar en edades más jóvenes, tendencia a la bilateralidad y suele seguir apareciendo en varios miembros de la familia, en tres o más generaciones posteriores. (Murphy, Lawrence y Lenhard, 1996).

Otros factores de riesgo que tenemos que tener en cuenta, y que también pueden incrementar el desarrollo o la formación de cáncer son: (Granados y Herrera, 2010)

- La presencia de una menarquia temprana o menopausia tardía.
- La aparición de ciclos menstruales de corta duración.
- Nuliparidad
- Edad tardía en la primera gestación
- Un estilo de vida poco saludable, como el consumo constante de dietas hipercalóricas acompañadas con grasas saturadas, que puede ocasionar obesidad en la paciente.
- Terapias de restitución hormonal y anticonceptivos orales.

- Respecto a los factores psicosociales, también ejercen influencia la exposición a sustancias cancerígenas, como el consumo de tabaco, tanto de manera activa como pasiva, o el consumo de alcohol (Ceballos, 2015).
- Incremento de la edad, temperatura, y sobre todo situaciones que ocasionen un mayor nivel de estrés (Ceballos, 2015).
- Respecto a los aspectos psicomáticos, puede perjudicar que el paciente presente aspectos psicológicos, de personalidad y emocionales inadecuados. (Lima, Feres-Carneiro y Seixas, 2017)
- Otros factores sociales que pueden actuar como estresores y perjudicar al sistema inmunológico, son la pérdida de un ser querido, presiones educativas, etc (Ceballos, 2015).

5. Desarrollo del cáncer de mama.

El desarrollo del cáncer de mama se origina en las células mamarias, las cuales se van extendiendo de manera incontrolada. En primer lugar, invadirán los tejidos sanos que se encuentran más cercanos de la mama, y a continuación se expandirá a través de otras vías hasta conseguir llegar a afectar a todo el organismo. Por lo tanto, dicho crecimiento puede ocurrir de tres formas diferentes: (García, 2005)

- Crecimiento Local: en este caso, el cáncer invade los tejidos sanos que se localizan alrededor, infiltrándose en estructuras vecinas como la pared torácica, esto provoca la afectación de músculos, huesos y la piel. Si llega a afectar a todas estas estructuras se considera que el tumor está localmente avanzado (García, 2005).
- Diseminación linfática: en este caso, las células tumorales se introducen en los vasos linfáticos, hasta llegar a los ganglios axilares o los que están situados en la arteria mamaria interna, y después son conducidos hasta los ganglios supra-ventriculares (García, 2005).
- Diseminación hematológica: las células tumorales se introducen en los vasos sanguíneos, y a través de la sangre son transportados hacia órganos más lejanos, como los huesos, el pulmón, hígado y otros; una vez que han localizado el órgano pertinente, crecen y proliferan, hasta ocasionar una metástasis (García, 2005).

6. Etapas.

Según la OMS, las fases del cáncer dependerán del tamaño (centímetros) del tumor y su localización, según esto, podemos diferenciar las siguientes: (OMS, 2014)

- Etapa 0: en dicha etapa, el tumor se considera benigno, ya que no existe ruptura en el tejido epitelial de las zonas de alrededor, sin invasión hacia otros tejidos (OMS, 2014).
- Etapa 1: el tumor tiene un diámetro de 2 cm, pero no se ha expandido por la glándula mamaria ni afecta a los ganglios (OMS, 2014).
- Etapa II: en este caso, el tumor tiene un diámetro entre 2 a 5 cm, y se ha extendido hacia los ganglios de la axila, pero con muy poca cantidad, menor de tres ganglios afectados (OMS, 2014).

- Etapa III: el tumor presenta un diámetro más de 5 cm., acompañado de la propagación de más tres ganglios de la axila u a otros tejidos cercanos al pecho (OMS, 2014).
- Etapa IV: el tumor se ha difundido hacia otros órganos del cuerpo humano, los más frecuentes suelen ser pulmones, los huesos, el hígado o el cerebro (OMS, 2014).

7. Tipos de Cáncer de mama.

Encontramos una gran variedad y tipología de cánceres. No obstante, la asociación americana de Cáncer (ACS), considera que “la mayoría de los cánceres de seno son carcinomas, un tipo de cáncer que comienza en las células epiteliales que revisten los órganos y los tejidos como el seno. Los cánceres de seno son a menudo un tipo de carcinoma llamado adenocarcinoma, que es el carcinoma que comienza en el tejido glandular. Mientras que otros tipos de cáncer que también pueden ocurrir en el seno, como los sarcomas, que empiezan en las células del músculo, grasa o tejido conectivo”. (ACS, 2014)

Como se ha comentado anteriormente existe diferentes tipos de carcinoma, en función de si afecta a una zona u otra, podemos localizar el adenocarcinoma o sarcoma. En consecuencia, a ello, nombraremos de manera breve las tipologías más características y con mayor frecuencia que se han producido. (Cardona y Herrera, 2018).

- Carcinoma ductal invasivo o infiltrante. Se trata del tipo más frecuente de cáncer. Se produce en el conducto lácteo del seno que se introduce por la pared del conducto y crece en el tejido adiposo de la mama. Este tipo de cáncer puede propagarse hacia otras partes del cuerpo a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo, ocasionando metástasis (Cardona y Herrera, 2018).
- Carcinoma lobulillar invasivo. Se inicia en las glándulas productoras de leche (lobulillos). También tiene la capacidad de extenderse hacia otras partes del cuerpo, ocasionando metástasis (Cardona y Herrera, 2018).
- Cáncer inflamatorio en la mama. Es un tipo de cáncer menos frecuente, se suele producir 1 de cada 3% de todos los tipos de cáncer que suelen habitualmente desencadenarse. Origina inflamación en la mama, junto con un enrojecimiento de la piel y aumento de la temperatura de dicha zona junto con hoyuelos (Cardona y Herrera, 2018).
- Enfermedad de Paget del pezón. Representa un 1% de todos los tipos de cáncer que se producen. Se inicia en los conductos del seno y se extiende hacia la piel del pezón y a continuación hacia la aréola. En esta zona se suelen observar la presencia de costras, escamas y tejido enrojecido, con áreas de sangrado o supuración. La paciente suele experimentar sensación de ardor o picazón en dicha zona (Cardona y Herrera, 2018).
- Tumor filoide. Es un tipo de tumor muy poco frecuente. Su origen se localiza en el estroma del seno. Este tipo de tumores suelen ser la mayoría benignos, sin recurrencia al tratamiento (Cardona y Herrera, 2018).
- Angiosarcoma. El origen de este tipo de tumor se localiza en las células que cubren los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos. La mayoría este tipo de tumor suele salir como una complicación del tratamiento de radioterapia, y se puede

desarrollar entre 5 a 10 años después del uso de dicho tratamiento (Cardona y Herrera, 2018).

8. Diagnóstico

El diagnóstico es un factor importante y relevante para la detección precoz de la enfermedad, y para poder actuar de la forma más rápida y concisa posible para aumentar la supervivencia de la paciente, pero al mismo tiempo mejorar su calidad de vida respecto de la enfermedad, ya que los tratamientos en esta etapa serán mucho más asequibles y podrán administrarse con menos recursos (Méndez, Segovia, Pereira y Flores, 2012).

Para el diagnóstico de dicha enfermedad se suele realizar las siguientes actuaciones: anamnesis, exploración física, evaluación a través de la palpación, y por último técnica de biopsia para confirmar los datos preestablecidos (Cardona y Herrera, 2018). De todas estas actividades, las estrategias más importantes de prevención y detección temprana que incrementa la supervivencia son el auto examen de mama y la mamografía (Giraldo y Arango, 2011).

El auto examen o exploración de la mama, es un método que permite el diagnóstico de la enfermedad temprana. En esta etapa, es cuando los síntomas no se pueden observar de manera directa, como son el dolor en las mamas, dolor óseo, úlceras en la piel de las mamas, brazo hinchado; todos estos síntomas se relacionan con un estado avanzado de cáncer. Por ello, como indica la OMS (2014), considera que todas las actuaciones pertinentes para detección precoz son fundamentales para salvar mayor cantidad de vidas, ya que permite actuar en una fase temprana y se puede dar un tratamiento adecuada con un resultado exitoso.

Por ello, se realizará constantemente la técnica de exploración o autoexamen de la mama. Se recomienda practicarla una vez al mes, después de la menstruación en el caso de las mujeres pre menopáusicas. La mama se divide en cuatro cuadrantes, y normalmente, en los estadios más tempranos, el tumor se localiza en el cuadrante superior y extremo. Esta técnica se divide en dos fases: (González-Merlo, 1991).

- Fase I: Inspección. La paciente se tiene que situar delante del espejo, con una temperatura e iluminación adecuada. A continuación, tiene que observar las siguientes anotaciones: desigualdad en el tamaño de las mamas, desviación de los pezones, retracción del pezón o de la piel y la presencia de úlceras o lesiones en la piel.
- Fase II: Palpación. La paciente se coloca en posición decúbito supino, y después coloca una almohada por debajo del hombro del lado que se va a examinar, y con la otra mano va realizando la exploración de toda la mama, tanto los cuadrantes internos como los externos. La palpación tiene que ser suave, con cuidado, no generar dolor, y es recomendable con la palma de la mano.

Como se puede observar el cáncer de mama es una enfermedad muy compleja, en el cual su diagnóstico supone un gran impacto, tanto emocional como psicológica, en la mujer, en su entorno familiar y social (García, 2005). Las reacciones de las familias ante dicho diagnóstico varían constantemente, en función de los factores biológicos que hace que cada entorno familiar reacciones de forman distinta respecto al curso, al resultado de la enfermedad, el grado de incapacitación, etc. (Fernández, Hernández y Martínez, 2018). Todo esto va afectar de manera considerable a la paciente, junto con el proceso de la enfermedad, los tratamientos que se enfrenta y la amenaza que supone para su vida, esto ira acompañado de los cambios que se producirán en su imagen corporal, los sentimientos y actitudes controvertidos a lo largo de todo el proceso de curación. (Martínez, Camarero y López, 2014). A consecuencia de ello, toda paciente que sufra este tipo de cáncer tiene que tener a mano a un equipo multidisciplinar

especializado en dicha materia para saber acompañarla y actuar de la manera más correcta en cada etapa del proceso (García, 2005).

9. Tratamiento y efectos secundarios.

Como se ha podido observar en los apartados anteriores, el cáncer es una enfermedad muy incidente en la población femenina, y causante de grandes problemas físicos, psicológicos y sociales para la propia mujer y su entorno. Cada cáncer se desarrolla de manera individual y diferente en cada mujer. Por ello, se necesitará un tratamiento personalizado dependiendo del tipo de cáncer desarrollado. (Cardona y Herrera, 2018). Normalmente, los tratamientos que se suelen aplicar se caracterizan por ser invasivos, prolongados, con una alta mortalidad (Martínez, Camarero y López, 2014), produciendo grandes cambios en el propio cuerpo de la mujer, acompañados de desórdenes afectivos, al igual que grandes cambios en la sexualidad, autoestima y su entorno social (Rincón, Pérez, Borda y Martín, 2010).

Una vez realizado el diagnóstico junto con la comunicación de dicha situación, a la mujer y sus respectivos familiares, se empezará una trayectoria prolongada y continua, durante un tiempo extenso, de adaptación a la noticia, planificación y recuperación después de la cirugía y la elección del tratamiento coadyuvante más apropiado, teniendo en cuenta sus efectos beneficiosos y perjudiciales (Plaza y Nieves, 2013).

Las cuatro herramientas o tratamientos más habituales que se utilizarán en este proceso son: la cirugía, quimioterapia, la radioterapia y la hormoterapia (Parra, García y Insuasty, 2011).

Antes de iniciar la cirugía, como diagnóstico precoz es fundamental realizar la técnica de mamografía. Se trata de una radiografía de las mamas en diversas proyecciones o perspectivas. Algunas veces se recurrirá al uso de ecografía para aquellos casos en que las mamas son muy densas, y no se pueda observar de manera clara el tejido mamario (García, 2005).

La cirugía es una de las primeras actuaciones que se suelen realizar a las mujeres que padecen cáncer de mama. Existen diferentes tipos de cirugías que se aplicarán en función del tamaño de la mama, etapa de la enfermedad, la dimensión del tumor, histología del tumor, multicanalidad tumoral y la edad del paciente. Por consiguiente, los tipos de cirugía más frecuentes que se suelen realizar en estas mujeres, son: (Cardona y Herrera, 2018).

- Mastectomía. Es uno de los tratamientos más utilizados (90%) con mayores secuelas físicas visibles, y se basa en la extirpación de uno o ambas mamas, e incluso en algunos casos más avanzados y dependiendo del nivel de células cancerígenas, también se suele extraer parte de la axila o la espalda. La finalidad de este tratamiento es impedir la propagación de las células cancerígenas. Existen dos tipos: (Alcover, 2013).
 - Mastectomía simple o total: se basa en la extirpación completa del tejido mamario junto con el pezón, pero sin la eliminación de los músculos ubicados de la parte inferior de la mama. Este tipo de cirugía se suele realizar en aquellas pacientes que tienen varias zonas afectadas por el carcinoma o para aquellas que lo solicitan de forma preventiva para evitar dentro de un cierto tiempo su posible propagación. (Alcover, 2013).
 - Mastectomía radical: consiste en la extirpación completa del seno, los ganglios linfáticos axilares y el músculo del tórax. Se suele realizar este tipo de cirugía, cuando el cáncer ya ha afectado a los músculos torácicos situados en la parte inferior de la mama (Alcover, 2013).

Normalmente, después de una intervención de mastectomía, la mayoría de mujeres suelen realizarse una reconstrucción mamaria o utilizar prótesis mamaria. La reconstrucción mamaria se trata de una intervención quirúrgica con el objetivo de restaurar los daños que han sido causado por la mastectomía, mejorando la imagen corporal y bienestar psicológico a todas las pacientes que han sufrido dicha enfermedad. Muchos estudios confirman que las mujeres que han sufrido cáncer de mama, después de la reconstitución presentan mayores niveles de autoestima y un menor deterioro de la imagen corporal respecto de aquellos que no realizaron dicho procedimiento quirúrgico (Rincón, Pérez, Borda y Martin, 2010). Finalmente, este procedimiento se realiza con un objetivo principal, que estas pacientes de cáncer vuelvan a tener una buena calidad de vida, independiente de haber padecido dicha enfermedad. (Rincón, Pérez, Borda y Martin, 2010).

Sin embargo, otra opción también aceptable y muy frecuente, es la utilización de prótesis, pero no solo como aspecto estético, sino para recuperar una parte de la fisiología de su cuerpo, como el equilibrio biológico. Es decir, se tiene que utilizar una prótesis mamaria con tamaño adecuado respecto a la otra mama. Esto permitirá evitar problemas, como hombros caídos, contracción de los músculos, dolores en el cuello o espalda, y problemas de balance (Alcover, 2013).

- Quimioterapia. Consiste en la administración de un medicamento vía oral o por inyección intravenosa o intramuscular, con la finalidad de atacar y matar las células cancerígenas que se localizan en el organismo. Se suele administrar en ciclos, dependiendo de las características del tumor y de la situación de cada paciente, puede ser durante días, semanas o meses. Este tratamiento suele producir una gran cantidad de síntomas como destruir las células de la sangre, cabello o el revestimiento del tubo digestivo, aumento de infecciones, agotamiento, boca seca, úlceras bucales, pérdida de apetito, vómitos, diarrea, etc. (Rodríguez, 2010).
- Radioterapia. Consiste en aplicar rayos X de alta potencia para destruir el ADN de las células cancerígenas, y con ello, poder evitar su crecimiento y su propagación hacia otras células sanas. Este tipo de tratamiento se suele utilizar para disminuir el tamaño del tumor, antes de proceder a una cirugía o también después de la intervención, con el objetivo de prevenir su reaparición. También presenta una gran cantidad de consecuencias perjudiciales, algunas de ellas son, pérdida de cabello, aumento del pigmento de la piel, náuseas, vómitos, enrojecimiento en la piel, edemas, etc. (Alcover, 2013).
- Tratamientos hormonales. Se suele utilizar en las etapas más tempranas. Su uso es conseguir reducir la probabilidad de recaída y aumentar la supervivencia de la paciente (Pintado, 2013).

Todos los tratamientos tienen una efectividad alta para acabar con las células cancerígenas, y poder llegar a la curación y la no remisión del cáncer. Sin embargo, la mayoría de ellos presentan una gran cantidad de efectos secundarios. Los síntomas negativos más generales que se producen son: (Román, 2007)

- Alopecia provocada por la administración de quimioterapia.
- Quemaduras
- Acartonamiento de la piel provocado por la radioterapia local.
- Pérdida de fertilidad y la presencia de sintomatología menopáusica prematura
- Linfedema crónica, relacionado con la presencia de episodios de celulitis.

- Después de la cirugía, sobre todo en los primeros días tras la operación se suele producir seromas, y se empieza a reabsorber tras dos a tres semanas.
- Infección de la herida.
- Disminución de la movilidad del brazo, conocido como hombro congelado.
- Síndrome del hombro doloroso crónico, provocado por una lesión del nervio intercostobraquial, dando lugar a un dolor agudo cuando se realiza el movimiento del hombro o codo.
- Enrojecimiento de la piel
- Náuseas, vómitos, malestar físico general y sensibilidad en las mamas (Artículo 54).
- Otras complicaciones menores, como la tromboflebitis de la vena axilar, y la flebitis superficial.

10. Consecuencias.

El cáncer de mama al igual que los tratamientos adyacentes genera grandes cambios físicos y psicológicos en la mujer y su entorno.

Uno de los cambios más relevantes que se producen es la alteración de su cuerpo o aspecto físico. Esto genera una gran insatisfacción con su imagen corporal, deterioro en la percepción de dicha imagen, generando un gran impacto emocional relacionado con una baja autoestima, problemas de identidad de género, ansiedad interpersonal, problemas sexuales y trastornos depresivos. Todo esto conlleva a que la mujer padezca una alta vulnerabilidad psicológica, no solo por su aspecto físico sino también por la incapacidad funcional que puede generar la pérdida (Fernández, 2004).

Uno de los cambios más destacados, es la mastectomía. La mujer se siente con menor autoestima e insatisfacción con su cuerpo por la extirpación de ese miembro. Este gran malestar se puede relacionar con la gran importancia que le otorga nuestra sociedad a esa parte del cuerpo, ya que para la mayoría de la población el pecho representa una figura de maternidad o expresa un contexto sexual, ser atractiva o no (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007). Por lo tanto, este tipo de razonamiento puede generar un mayor malestar en la mujer.

Sin embargo, existe otros muchos cambios que afectan a la mujer de manera relevante, como los problemas sexuales y las dificultades que surgen en las relaciones con la pareja. Cuando se utiliza un tratamiento de quimioterapia o terapias hormonales, las consecuencias más comunes suelen ser reducción de la libido, causar sequedad vaginal, no experimentar placer durante las relaciones sexuales, y mayor dificultad para llegar a conseguir un orgasmo satisfactorio, etc. Estas consecuencias afectan de manera significativa a su autoestima física y emocional. Además, estos cambios no solo se generan en las fases tempranas de la enfermedad, sino también durante un largo tiempo después de la finalización de los tratamientos pertinentes. (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

Como hemos podido contemplar en los párrafos anteriores, la edad más prevalente que se suele desarrollar el cáncer de mama es entre los 45 y 65 años. Por lo tanto, en esta etapa la mujer se encuentra en el climaterio, es decir, se trata de una fase especial en la vida de la mujer, en la cual se inician todos los cambios a partir del final de su etapa reproductiva. Esta etapa se suele asociar a la presencia de alteraciones psicológicas, como irritabilidad, depresión, ansiedad, disminución de la libido, presencia de síntomas neurovegetativos, como sofocos, sudoraciones, insomnios, entre otros más síntomas (Victoria y González, 200

Capítulo II. Actitudes Psicológicas y estilo de afrontamiento.

1. Actitudes psicológicas frente al cáncer de mama.

Como se ha podido observar en el capítulo I, se plasma todas las consecuencias, afectaciones y factores de riesgo que se ocasiona en una mujer diagnosticada de cáncer de mama. Sin embargo, a lo largo de la revisión se puede observar que la mayoría de trabajos se centran en aspectos médicos o biológicos, pero en menor cantidad encontramos trabajos orientados hacia aspectos emocionales o psicológicos que padece la mujer a lo largo del procedimiento de dicha enfermedad (García y Domínguez, 2011).

Por lo tanto, las mujeres con cáncer de mama se enfrentan a una gran cantidad de cambios biológicos, al igual que en su apariencia física o aspecto corporal (Aguilar, Sánchez, Mur, Gómez y Sánchez, 2014). Todas estas alteraciones provocan una repercusión significativa en el estado emocional y la calidad de vida de dichas mujeres. Es importante estudiar las actitudes psicológicas y el afrontamiento que tienen dichas pacientes ante estas situaciones tan aversivas, ya que provocan una gran afectación en la calidad de vida de la paciente, afectando a varias áreas como ámbito familiar, relación de pareja, ámbito laboral, social, etc. (Juárez y Landero, 2011).

Las actitudes psicológicas que presenta la mujer son muy complejas y variadas, ya que las situaciones a las cuales se exponen son diversas y complicadas, además están influenciadas por varios factores como el tipo de enfermedad, nivel de adaptación, influencia cultural, presencia o no de apoyo afectivo, autoestima, personalidad de la paciente y estilo de afrontamiento. (Guzmán y Bermúdez, 2013). Esto ocasiona que la persona ante una situación tan adversa como el cáncer de mama, tenga una gran variedad de respuestas y actitudes psicológicas diferentes, incluso si se trata de una misma situación con las mismas condiciones las pacientes pueden llegar a desarrollar diferentes respuestas provocado por la influencia tanto personal como del propio entorno. Cuando se realiza el diagnóstico de cáncer de mama a cualquier mujer, independiente de sus condiciones o características personales y materiales, se suele contraponer ante una situación nueva, incierta e inesperada (Cordero, Sánchez, Mur y Gómez, 2013), generando una gran cantidad de problemas, principalmente psicológicos. En cualquier enfermedad siempre se producirá dos repercusiones significativas, la amenaza a la vida y la pérdida. Sin embargo, cuando hablamos de cáncer, independiente del tipo que sea, se trata de una enfermedad crónica, en la cual su progresión es larga, su evolución es lenta, por lo tanto, ocasiona cambios en el comportamiento o en la actitud hacia dicha enfermedad (Cordero, Sánchez, Mur y Gómez, 2013)

Cuando el diagnóstico de cáncer es confirmado, se le trasmite dicha afirmación a la paciente, se producirá un cambio sustancial en su estilo de vida, afectando a sus cogniciones, creencias, valores y conductas. Es decir, el cáncer se relaciona con una serie de problemas tanto de la propia enfermedad (deformidad, incapacidad, pérdida de feminidad, falta de atractivo sexual, etc.), como problemas sociales, familiares y económicos. A continuación, se elige y acepta el tipo de cirugía y tratamientos pertinentes, acompañado con el personal adecuado en todo el procedimiento. Respecto a este proceso, la paciente mostrara diferentes actitudes y sentimientos, sobre todo miedo, temor, angustia y depresión antes una situación tan novedosa que puede ocasionar una amenaza para su vida e incluso llegar a acabar con ella. (Plaza y Rosario, 2013). A consecuencia de esto, la mujer tiene que llevar a cabo un proceso de adaptación tanto para aceptar la propia enfermedad como los tratamientos posteriores, y observar de manera progresiva como estos tratamientos o técnicas van deteriorando su imagen corporal (Plaza y Rosario, 2013). Es una etapa caracterizada por la presencia de miedo, ansiedad, depresión e ideas suicidas con mayor sensibilidad emocional (Celorio, 1986).

Una de las situaciones frecuentes en las cuales se ha visto muchas mujeres, es el desconocimiento del tipo de cirugía que se va a llevar a cabo junto con las consecuencias negativas que producirá en su aspecto. Es decir, muchas mujeres no conocen las técnicas quirúrgicas o las diferencias (ventajas e inconvenientes) entre una técnica u otra, por ejemplo, entre la mastectomía o cirugía conservadora. Por lo tanto, cuando se despiertan de la operación, muchas de ellas se encuentran con una amputación total o parcial de la mama, generando consecuencias psicológicas negativas inmediatas, persistentes y de una elevada gravedad (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010). Esto va acompañado de un gran sentimiento de vergüenza por presentar dicho aspecto corporal. Por ello, el personal sanitario tiene que dar una explicación previa, clara y concisa (Cordero, Sánchez, Mur y Gómez, 2013), y antes de comunicar la información tiene que evaluar al paciente sobre la presencia de necesidades psíquicas y emocionales ante situaciones adversas, para después poder adaptar la información transmitida, y así ocasionar un menor impacto posible (Vargas y Pulido, 2012). Una de las intervenciones más habituales que se suelen realizar en dichas situaciones, es la mastectomía, este tipo de cirugía específica ocasiona grandes dificultades emocionales, sobre todo una gran alteración en el estado de ánimo, sentimientos negativos sobre el cuerpo y dificultades sexuales (Rodríguez y Rosello, 2007).

Después de realizar la cirugía pertinente junto con los tratamientos oportunos, la mujer empieza a recuperar su vida cotidiana previa al diagnóstico. Para tratar estas consecuencias negativas es importante la presencia de un apoyo social significativo, ya que esto le permitirá afrontar mejor dichos efectos derivados de la enfermedad y una recuperación más adecuada (Rodríguez y Rosello, 2007).

Como se ha podido observar, la mayoría de las pacientes que se le diagnostican cáncer de mama suelen presentar un malestar emocional, desde sentimientos de vulnerabilidad, tristeza y miedo, hasta la presencia de problemas incapacitantes, como pánico, ansiedad, depresión, aislamiento, etc. (Vila, Font y Caba, 2016). Por lo tanto, las actitudes o comportamientos negativos que son más recurrentes son los siguientes: (Masia, 2009)

- El primer sentimiento más frecuente que suele aparecer en la mayoría de mujeres es la desesperación ante dicha situación, ya que la paciente se enfrenta al mismo tiempo a la muerte, la incertidumbre y preocupación de sus seres queridos (Vargas y Pulido, 2012).
- Negación. Las mujeres rechazan esta situación, e investigan la causa o el motivo de porque esta enfermedad les ha ocurrido a ellas. Lo cual genera miedo, angustia y falta de aceptación en tratamientos posteriores (Masia, 2009).
- Culpabilidad. Normalmente las mujeres suelen pensar en las situaciones pasadas, en lo que hicieron o no, para encontrar una lógica de cuál es la causa del pasado que genero esta nueva situación. El autor Masia (2009) plasmo "A veces se desarrolla un sentimiento de culpabilidad por no haber acudido antes al médico e, incluso la paciente se autocensura por el pasado, ya que relaciona el tumor con situaciones anteriores" (Masia, 2009, p. 52).
- Enfado. Presentan sentimiento de ira, disgusto, enojo, molestia o irritación por la enfermedad, tratamiento, con la familia etc.; mostrando rechazo a todas las situaciones nuevas que se tiene que enfrentar.
- Dificulta para adaptarse a la enfermedad y al nuevo aspecto físico y el entorno (Haber, 2000).
- Opresión. La mayoría de mujeres se sienten agotadas por todos los cambios que se han generado en tan poco tiempo, a los cuales se tiene que adaptar (Haber, 2000)

- Estrés. Esta actitud puede afectar al inicio del cáncer, generando cambios en la respuesta y en la adaptación al nuevo estilo de vida de la persona que sufre dicha enfermedad (Arbizu, 2009).

El autor Wayner, Cox y Mackay (1979) considera que una actitud estresante puede acabar desarrollando: un aumento de la exposición del desarrollo del carcinógeno; permite una mayor expresión del potencial genético latente a través del cambio hormonal; bloqueo de ciertas células inmunológicas, lo cual aumenta la probabilidad de desarrollo de las células que afectan a las defensas del organismo.

Además, el estrés genera sentimientos negativos como el miedo, ira y depresión, todas estas situaciones negativas producen un nivel elevado de cortisol en la corteza suprarrenal. Se considera que, si se produce una disminución del cortisol en la sangre, las mujeres con cáncer mejoran la experiencia de vivir y aumentan más los niveles de relajación y afrontamiento efectivo ante el cáncer (Juárez y Landero, 2009).

- Depresión. La mujer presenta un estado de ánimo bajo por la pérdida de la mamá, en el cual genera síntomas negativos tanto para sí misma, su entorno o en un futuro. Esta actitud influirá en la toma de decisiones posteriores respecto a su tratamiento o su propia salud.
- Preocupación extrema y persistente ante la posible transmisión hereditaria de la enfermedad a sus hijos. (García y González, 2007).
- Incertidumbre sobre el futuro, y las posibilidades que tiene la paciente ante la recuperación de la enfermedad. (García y González, 2007).

Otros comportamientos asociados, son insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (García -Viniégras y González, 2007).

Por lo tanto, todos los sentimientos que manifiesta la mujer a lo largo del proceso, la mayoría de ellos negativo y relacionados con la muerte, hace que los esquemas previos que formaban la identidad del "yo" estén destruidos, y como consecuencia de ello, se tienen que volver a reconstruir y adaptarse a esta nueva realidad. La lucha constante por la enfermedad altera la percepción del presente y futuro (Belber- Gómez, Valencia y De la Viuda- Suarez, 2018).

De modo que, en la etapa final, no menos difícil y complicada, tiene que aceptarse a sí misma, luchando en contra de todos los estereotipos creados por la sociedad, por lo tanto, se tendrá que basar en una búsqueda de su propio bienestar, pero no únicamente física sino también mental, en la cual incluye una autoestima elevada para garantizar una mayor aceptación de sí misma (Vargas y Pulido, 2012). Por lo tanto, la mayoría de actitudes negativas que presenta las pacientes con cáncer de mama acaban reflejando en su manera de observar su físico o aspecto corporal, es decir, afectara a la incomodidad y no aceptación frente a los cambios de su cuerpo, y evitara constantemente su demostración ante los demás. Los componentes más importantes en cuanto afectación a la imagen corporal son: insatisfacción con su apariencia física; posible pérdida de la feminidad; evitar mirarse desnuda; sentirse menos atractiva; preocupación por la apariencia e insatisfacción con la cicatriz que ha ocasionado el tratamiento o el uso constante de prótesis (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

Aunque la mayoría de emociones que experimentan estas mujeres son negativas, cuando superan la enfermedad, con la finalización de los tratamientos, y su recuperación completa, las pacientes dan un giro a su forma de ver, percibir y afrontar la vida, es decir, perciben la vida como otra oportunidad. La mayoría de ellas, consideran dicha situación como un rasgo positivo, la cual la presencia del cáncer las hizo más solidarias y más comprensivas ante el dolor y el

sufrimiento humano (Lima, Feres-Carneiro y Seixas, 2017). En los últimos años, se ha realizado muchas terapias basadas en la psicología positiva que mejoran tanto el afrontamiento como las actitudes ante la enfermedad, ocasionando un mejor desarrollo en las fortalezas personales, aumentando la presencia de emociones positivas, bienestar, satisfacción con la vida y crecimiento personal (Vila, Font y Caba, 2016).

2. Estrategias de afrontamiento y personalidad característica de mujeres con cáncer de mama.

Como se ha podido observar en varios apartados anteriores, el cáncer de mama produce una gran cantidad de sintomatología negativa y alteraciones psicológicas, que afecta tanto a la propia persona como su entorno u otros recursos. A todo esto, también influyen las características personales de la propia persona que hacen diferente el afrontamiento hacia esta situación tan adversa. La elección correcta de afrontamiento en relación con la enfermedad es una variable primordial para determinar la adecuada adaptación que tendrá la persona frente a este proceso y su nivel de bienestar. Se trata de un procedimiento en el cual la persona suele utilizar estrategias adecuadas antes de la interpretación de dicha situación desagradable, junto con el uso correcto de sus propios recursos para afrontar de la manera más apropiada dicha situación, en especial el impacto de la pérdida corporal (Plaza y Nieves, 2013).

El afrontamiento, es una variable importante de evaluar ya que ayuda a comprender cómo la persona puede enfrentarse a esta situación y cómo será su adaptación respecto a la enfermedad y tratamientos. Los autores Lazarus y Folkman, definen el afrontamiento, como un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza la paciente para reducir o tolerar las situaciones que se le presentan caracterizadas como estresantes. Cuando la persona elige una estrategia adecuada frente a la situación que se expone, da lugar a una mayor calidad de vida en la persona, mientras que si esa elección es inadecuada conlleva a que la persona presente un ánimo deprimido, hostilidad, disminución de apoyo social o familiar, y una visión negativa tanto de sí mismo, entorno como del futuro (Plaza y Nieves, 2013). Dichas estrategias se caracterizan por ser adaptativas, es decir, provocan una disminución del estrés de manera prolongada, o pueden ser no adaptativas, porque reducen dicho estrés, pero solo a corto plazo (Moreno, Gutiérrez y Zayas, 2017).

La mayoría de personas que se enfrentan a una situación compleja y adversa, suelen utilizar dos tipos de afrontamientos, considerados como los más frecuentes: afrontamiento centrado en el problema o centrado en las consecuencias emocionales (Moreno, Gutiérrez y Zayas, 2017).

El afrontamiento centrado en la emoción su finalidad es reducir o aliviar el malestar generado por la situación estresante, es decir, se basa en cambiar aquella emoción negativa principal que se asocia de forma repetida con la situación (Lazarus y Folkman, 1984, como se citó en Cardona y Herrera, 2018). Este tipo de afrontamiento suele caracterizarse por la presencia de estrategias internas como el autocontrol, evitación o reevaluación positiva. En cambio, el afrontamiento centrado en el problema, su objetivo es cambiar la situación o entorno desfavorable o negativo a la cual se está enfrentando, y para ello, utiliza habilidades como la gestión de aspectos estresores, búsqueda de apoyo social, aceptación, responsabilidad, planificación y búsqueda de la solución del problema. Estos dos tipos de afrontamientos pueden presentarse de forma cognitiva o conductual. Las conductas basadas en la parte cognitiva, suelen utilizar una gran cantidad de estrategias de atención, análisis lógico, búsqueda del significado y reevaluación positiva. Mientras que las basadas en la parte conductual, se apoyan en la presencia de estrategias como búsqueda de la información, orientación y búsqueda de soluciones para enfrentar dicha situación adversa. Si el comportamiento principal se basa en la evitación, es decir, la persona no se expone a dicha situación, ya que ha experimentado un incremento de malestar relacionado con esta situación adversa (enfermedad). Esta conducta particular

también puede ser cognitiva, en la cual refleja la negación o aceptación completa de la situación, o basarse en la parte conductual, es decir, la persona no realiza ninguna actividad para solucionar dicha situación adversa (Font y Cardoso, 2009).

Otro aspecto a tener en cuenta, y que nos aportara información sobre cómo se enfrenta la persona que sufre cáncer ante esta situación novedosa y compleja son los estilos atribucionales. Cuando la persona percibe que dicha situación adversa es causada por su propio comportamiento y considera tener un control sobre las posibles consecuencias que se desarrollaran en un futuro, se considera que su comportamiento se basa en un locus control interno. En cambio, cuando la persona percibe que esta situación es culpable de algún factor externo, y no se relaciona con su comportamiento, asimismo no puede hacer nada para evitarlo porque no depende de si misma (se produce por suerte o destino) se conoce como locus externo). Si la persona presente un locus externo acepta dicha situación adversa con mayor facilidad y positivismo, en cambio, si la paciente se basa en que la situación esta originada por factores internos genera mayores sensaciones de incontrol, y aumento de percepciones negativas, acompañado de pensamientos persistentes negativos de auto-culpabilización. (González, 1999).

El tipo de afrontamiento que utiliza la persona también se puede distinguir entre actuaciones centradas en la interacción con el obstáculo, en la cual se incluye vigilancia, sensibilización o atención. O conductas centradas en la evitación, como la retirada o la evitación cognitiva. Estas dos estrategias se suelen utilizar cuando la persona se enfrenta a dicha situación adversa o negativa, su objetivo varía en función si desea eliminarla por completo o solo evitarla (Font y Cardoso, 2009). Otra tipología que también nos puede aportar información respecto el afrontamiento, es diferenciar entre las actuaciones estables, basados en los diferentes estilos de afrontamiento. O la presencia de conductas contextuales y transitorios, conocidos como respuestas de afrontamiento (Font y Cardoso, 2009).

Por lo tanto, se reafirma que el afrontamiento que realiza la persona con cáncer dependerá de las habilidades que haya adquirido, y está influenciado por sus características personales, esto le hará valorar dicha situación adversa con mayor o menor intensidad, en función de ello, elegirá la estrategia más apropiada para hacerle frente (Font y Cardoso, 2009). El autor Meyerowitz (1980) considera que las áreas más afectada, y en las cuales se tiene que realizar una mayor implicación de las habilidades personales junto con la estrategia adecuada, son:

- Área psicológica, suele aparecer de manera frecuente ansiedad, depresión e ira.
- Área psicosocial, destaca una gran afectación en el estado de bienestar físico.
- Área de las ideas, presencia de miedo ante la muerte, discapacidad y la presencia de mutilación

El autor Lipowski (1970) considera que el afrontamiento que seleccione la persona con cáncer estará predominado principalmente por los siguientes factores relevantes, que puede alterar dicha confrontación. Dichos factores son: gravedad de la enfermedad, localización, factores personales, edad, personalidad y creencias. Todos estos elementos generaran un significado personal respecto de la enfermedad a la cual se enfrentan, y en la cual intervienen la influencia del entorno y los factores socioambientales. (Lipowski como se citó en Cardona y Herrera, 2018). De modo que, cuando se produce el diagnóstico de cáncer de mama de manera inmediata provoca una situación de estrés prolongado, tanto por la presencia de la enfermedad como de los tratamientos adyuvantes. Esto genera un impacto negativo y significativo emocional ante esta situación de amenaza, caracterizados por pensamientos continuos, recurrentes,

persistentes y negativos. Generalmente se produce miedo y temor intenso ante la situación quirúrgica y los tratamientos complementarios, en especial, la alopecia, que genera una gran preocupación, tristeza, ansiedad y malestar en la paciente. Además, estos cambios también influyen en otras áreas como la económica, actividad laboral, roles sociales, etc.; todo esto incrementa el empeoramiento de sensaciones negativas y sentimientos de inutilidad (Plaza Y Rosario, 2013). Los mecanismos adversos ante el afrontamiento correcto de la enfermedad suelen ser conductas de negación (Parra, García y Insuasty, 2011).

Por consiguiente, la manera de valorar si la persona ha seleccionado una tipología adecuada de afrontamiento frente a la situación adversa, como el cáncer, al cual está haciendo frente, es observar su nivel de calidad de vida. Este parámetro nos indicara si dicha persona presenta un afrontamiento adecuada ante dicha situación. La calidad de vida está compuesta por ocho necesidades básicas relacionada con las dimensiones primordiales de la vida cotidiana, como bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, auto determinación, inclusión social y derechos. Existen una serie de factores que afectan a dicha calidad como la evaluación subjetiva, tipo de diagnóstico y la presencia continua de alteraciones psicológicas como cognitivas (Font y Cardoso, 2009). El modelo que mayor relación tiene con dicho concepto es la psicología positiva. Su finalidad es ayudar a superar de la forma más óptima la presencia de situaciones tan drásticas y novedosas en su vida, ya que permite desarrollar una mejora en la calidad de vida y evita manifestar la presencia de posibles trastornos en un futuro. El elemento fundamental de dicho modelo es la presencia de emociones, que normalmente ante situaciones adversas, se caracterizan por ser breves e intensas, y difieren en ser positivos o negativos. Aquellas que son positivas, permiten poder adquirir las habilidades físicas, psicológicas, intelectuales y sociales más adecuadas para hacer frente a la situación adversa. Además, también permite reducir la intensidad, gravedad y duración de la ansiedad, acompañado de un incremento en el bienestar subjetivo (Seligman, 2000; citado en Pintado, 2013).

Otra característica que también influye en el modo de afrontar las situaciones adversas, y que muchos artículos lo reflejan es la relación significativa entre las personas con cáncer y la presencia de personalidad patrón tipo C. Esta personalidad se caracteriza por presentar una estrategia de afrontamiento basada en emociones o sensaciones negativas y aceptación ante las normas sociales. Además de la presencia constante de control excesivo ante las emociones, agresividad e ira, expresión marcada y la aparición de conductas positivas de manera social (demasiada tolerancia, paciencias, etc.), junto con la anulación en todas aquellas manifestaciones de necesidad, dolor o incomodidad. (Plaza y Rosario, 2013).

Por último y no menos importante, uno de los conceptos más relevantes y presentes en la gran variedad de tipologías de afrontamiento que puede utilizar una persona, es su capacidad de resiliencia. La resiliencia es la capacidad que tiene dicha persona de soportar un evento desagradable, aprender de dicha situación y seguir manteniendo unos objetivos claros o actitudes favorables para el futuro o la presencia de otras situaciones o traumas graves. Este concepto incorpora dos elementos básicos: hacer frente a la condición adversa y rehacerse a sí mismo. Es una característica personal muy importante en las personas que padecen dicha enfermedad, ya que les permite valorar los síntomas positivos ante una situación tan adversa. Esta variable está formada por los siguientes componentes característicos: (Pintado, 2013).

- Elevada autoeficacia en la toma de decisiones y experiencias.
- Resolución de problemas centrados en la búsqueda de soluciones.

- Sesgo positivo en la percepción de la propia persona, conllevan a una menor apreciación de las adversidades de nuestro entorno.
- Ideas preestablecidas ante la presencia de una situación traumática, generalmente sobre todo depresión, negación, evitación, etc.
- Presencia de recurrentes pensamiento positivos y elevado optimismo. Sin embargo, es normal que la persona presente pensamientos negativos antes una situación nueva y compleja como el cáncer, pero las personas que tiene esta capacidad hacen que dichas sensaciones negativas sean temporales y no afecte en la capacidad de conseguir objetivos o perjudique en todos los aspectos de la vida cotidiana.
- Presencia de estrategias de afrontamiento centradas en el problema.
- Elevado nivel de autoestima, considerado un factor protector ante la presencia de situaciones traumáticas.

Como se puede apreciar, dicha actitud conlleva a una mejora en su recuperación y menos patologías físicas y psicológicas asociadas. Se trata de un elemento dinámico no fijo, por lo tanto, va variando en función de las adversidades, el origen del trauma, cultura, entorno y etapa de la vida. Por lo tanto, esta característica permitirá ayudar a la persona a seleccionar el tipo de afrontamiento más adecuada en función de la situación a la cual se enfrenta, y con ello, se observará una gran mejora ante la aceptación de la enfermedad (Pintado, 2013).

3. Duelo provocado por la pérdida corporal.

El cáncer de mama es una enfermedad crónica que causa un gran deterioro físico y psicológico en la mujer, provocando grandes alteraciones en el aspecto corporal, lo cual crea recurrentes pensamientos negativos sobre la identidad de ser mujer, y todos los aspectos que la sociedad ha impuesto, como belleza, feminidad, atractivo, etc. Uno de los elementos más impactante que genera esta enfermedad es la pérdida de un miembro tan significativo para las mujeres, como las mamas, y todos los problemas psicológicos que conllevan, sobre todo en el autoconcepto y autoestima. Uno de los principales síntomas que presentan las mujeres con cáncer son dolor físico y alteraciones en las emociones, caracterizado por la presencia de ansiedad, depresión y aislamiento, afectando a su calidad de vida (Parra, García y Insuasty, 2011).

Las mamas, es un miembro valioso y considerado por la sociedad como representaciones de la feminidad y maternidad, por ello, cuando se produce su extirpación, genera unas consecuencias graves ante el significado propio de ser mujer y el cumplimiento de roles generados por nuestro entorno (Plaza y Rosario, 2013). Por lo tanto, la amputación de la mama, al igual que otras consecuencias originado por los efectos del tratamiento, principalmente la alopecia, afectara a la mujer en su forma de percibir y sentirse propiamente una mujer verdadera, ya que suele sentirse frecuentemente menos atractiva y deseada. Todos estos atributos, percepciones y valores de belleza femenina son propiamente creados por la sociedad en que vivimos (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010). Como se ha comentado, el cáncer es una enfermedad agresiva que altera varios ámbitos de la vida de la persona, y que tras su diagnóstico, confirmación, extirpación y tratamientos posteriores conllevaran a la mujer a pasar un proceso de duelo, tanto en el ámbito sexual, estético, simbólico o reproductor (Thomas, 1983). Muchas de las mujeres definen dicha situación como una muerte social, ya que se observan con una limitación significativa en varias facetas de su vida que anteriormente lo realizaban de manera independiente y activa (Thomas, 1983).

Este duelo no solo se produce ante su entorno o familia, sino también la paciente sufre un proceso de duelo producido por la pérdida corporal, en particular, de las mamas. Este proceso implica aceptar la falta de dicha pérdida, desde el momento del diagnóstico hasta después del tratamiento. Será de mayor o menor intensidad en función de las estrategias de afrontamiento correctas que utilice la mujer ante dicha situación (Artículo 11). Por lo tanto, se define el duelo corporal como un proceso cognitivo en la cual se enfrenta y reestructura los pensamientos sobre su imagen corporal, concepto de sí mismo, identidad y aspectos sobre su entorno. Este proceso va acompañado de dolor psicológico intenso y un menor control en el manejo de las emociones (Plaza y Rosario, 2013). Así pues, la pérdida principal es la amputación de una o ambas mamas dependiendo del diagnóstico previo, sin embargo, esto suele ir acompañado de pérdidas secundarias que pueden ser tanto físicas como psicosociales. Dichas pérdidas afectan a los diferentes roles familiares y sociales, identidades, objetivos y planes futuros. Algunas de ellas más frecuentes, son afectación en la autoestima, autoconfianza, seguridad en sí mismo, atractivo sexual, etc. (Plaza y Rosario, 2013).

La mayoría de mujeres que se le diagnostica cáncer de mama, presentan una constante preocupación por la cirugía y los tratamientos asociados, además del miedo constante sobre la posible recurrencia en un futuro de la presencia de cáncer y que esto conlleve a afrontar síntomas más agresivos. Las sensaciones negativas más frecuentes que suelen experimentar son horror, resentimiento y tristeza durante el proceso de duelo. Es decir, la mujer experimenta una actitud negativa, tanto en el aspecto psicológico, inhibición y represión sexual, todo esto acompañado de constantes sentimientos de culpa, ansiedad y depresión. Sin embargo, este proceso de duelo puede generar una mayor motivación en los cambios relacionas con los valores sociales, en la cual se disminuye la importancia respecto a los atributos físicos, e incrementa una mayor importancia intrínseca en si misma (Plaza y Rosario, 2013). Es decir, las personas que sufren dicha enfermedad y se encuentra en un proceso de duelo, algunas de ellas tomaran actitudes basada en la reconstrucción afectiva y resignación de la vida centrado en los aspectos más relevantes y dejar apartados los irrelevantes. Mientras que otras pacientes afrontaran este duelo de manera prolongada conllevando un dolor intenso por la pérdida, esto genera una mayor dificultad en su recuperación y valoraciones constantemente negativas ante dicha situación (Diaz, 2010).

4. Afectación a nivel sexual

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta a múltiples ámbitos de la vida de la mujer, especialmente de mayor relevancia, dos de ellos, el ámbito sexual y sociofamiliar.

Se puede definir la sexualidad como el acto de la actividad sexual entre dos personas, en el cual existe cambios entre uno u otro, caracterizados por los diferentes procedimientos que se producen a lo largo de su vida, lo cual afecta a la forma en la que la persona se ve a sí misma, a su cuerpo y las relaciones interpersonales que establece. La sexualidad es un área que se compone de tres aspectos básicos: deseo sexual, satisfacción sexual y el funcionamiento sexual. Estas tres áreas se ven afectadas cuando a la paciente se le detecta un cáncer de mama, dando lugar a un empeoramiento en la calidad de vida (Poinot et al., 2005). Además, la alteración en esta área, también provoca una disminución de la feminidad y sentimientos negativos hacia la valoración de su imagen corporal. Esto conlleva a una disminución del bienestar emocional, sobre todo en su autoconcepto, baja autoestima y autoimagen, en la cual se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos que se relacionan con un menor deseo sexual y dificultades en la sexualidad, mientras que la presencia de síntomas ansiosos tiene una mayor afectación en las interacciones con la pareja y dificultad en la intimidad (Graziottin y Rovei 2007). El autor

Fernández et al. (2002) considera que la sexualidad en una mujer con cáncer de mama se establece entre la relación entre su cuerpo y el placer sexual.

Normalmente, se relaciona la falta de interés en el sexo y la menor frecuencia de los actos con las cirugías tan agresivas que se realizan para el cáncer de mama, las cuales deja visible secuelas físicas y psicológicas en la mujer. Asimismo, la utilización de los tratamientos oncológicos posteriores a la cirugía también ocasiona grandes efectos nocivos en el cuerpo de la mujer acompañado del estrés que supone todo el proceso que conlleva la enfermedad, y, por último, la insatisfacción de la imagen corporal. Como consecuencia origina grandes cantidades de sentimientos negativos y constantes conductas de evitación respecto a todo lo relacionado con la exposición del cuerpo (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010). De todas las técnicas quirúrgicas que se vinculan con el cáncer de mama, en especial la mastectomía, es observado por las pacientes como un proceso que ocasiona una gran agresión física y afecta principalmente a la feminidad de la mujer, afectando de manera negativa a su autoconcepto y autoestima. Mientras que, de los tratamientos complementarios, la quimioterapia es la que genera con gran diferencia mayores alteraciones en la sexualidad, ya que su uso hace disminuir la sensualidad de las mujeres, como la pérdida de la satisfacción sexual, menor excitación sexual, disminución de la libido, dificultades para llegar al orgasmo en los primeros meses después de la cirugía, sequedad vaginal y menor fertilidad (Tish, 2006).

Por ello, muchas mujeres que sufren cáncer de mama presentan alteraciones en esta área y problemas con su pareja debido al cambio hormonal y problemas de lubricación vaginal. (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010). Unos de los principales problemas que se genera con la pareja es cuando se inicia la intimación. La mayoría de mujeres con cáncer de mama presentan una gran cantidad de sentimientos negativos en su autovaloración sobre su cuerpo, por lo cual, cuando se enfrentan a esta situación, o al hecho de mostrar su cuerpo desnudo a otra persona, aunque sea su pareja, les produce una gran vergüenza. Esto genera menor seguridad y disfrute durante el sexo (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010). Además, también se observa una gran cantidad de comportamiento de evitación, como verse desnudas ante los espejos o la ansiedad que produce cuando les ve la pareja totalmente desnuda, e incluso cuando se antepone a esta situación, sienten vergüenza, falta de atractivo o desagrado, en algunos casos incluso anticipan las reacciones negativas hacia su pareja. La mayoría de estas sensaciones negativas, se producen por una comparación constante entre el aspecto que presentaba antes y después del diagnóstico. Es decir, el propio cáncer, las técnicas quirúrgicas y los tratamientos adyuvantes acaban afectando de manera negativa al sentido del atractivo de la mujer, haciéndoles sentir menos mujer, bellas y femeninas. (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010).

La mayoría de síntomas negativos relacionados con la falta de feminidad, o considerarse menos mujer por el hecho de no tener un o ambas mamas, viene contribuido de manera muy significativa por la influencia de la sociedad y las normas o estereotipos que nos han impuesto sobre lo que se considera ser una mujer bella (Flórez, 1995) Por lo tanto, los factores principales que afectaran a la calidad de vida sexual de dichas mujeres con cáncer son: recibir quimioterapia, ser jóvenes, tener un estado avanzado de la enfermedad, presentar una sintomatología depresiva y padecer una mastectomía (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010). No solo se produce una afectación estética o física, también incluyen alteraciones en el ámbito funcional en el momento en el que la mujer deseaba tener hijos o ser madre, y se le confirma el diagnóstico de cáncer de mama. Esto genera en la mujer una gran preocupación respecto a la lactancia materna, pero también una constante intranquilidad relaciona con las posibles recaídas que conlleven a afrontar otros tratamientos o técnicas más agresivas (Celorio, 1986). Esta situación desencadena un aumento de ansiedad hacia el futuro y alteración respecto al

concepto de formar una nueva familia. Además, los tratamientos suelen adelantar la presencia de la menopausia, y esto genera un mayor agravamiento de dicha situación, ya que se relaciona claramente con la posibilidad de no tener hijos, signos de envejecimientos, trastornos en la salud y empeoramiento en su calidad de vida (Blanco, 2011).

Como se ha podido observar, el cáncer de mama genera una gran cantidad de alteraciones y sensaciones negativas. Se trata de un proceso de adaptación difícil, especialmente en el área de la sexualidad o relacionado con su autoconcepto físico, pero una de las soluciones más efectivas para disminuir la gravedad de dicha situación es tener una comunicación clara y concisa entre las parejas, ya que verdaderamente este hecho no afecta a la excitación, las parejas se pueden seguir excitando como antes, pero la presencia de sensaciones negativas recurrentes sí que pueden agravar dicha situación. Muchas parejas presentan grandes cantidades de problemas por el hecho de no presentar una buena comunicación. Una situación muy común, es que la mujer cree que no es tan atractiva como antes por la presencia de la cicatriz o la amputación del pecho, por ello, asocia que su pareja no acaricie la zona del pecho porque no es atractivo, pero en cambio la pareja teme acariciarle dicha zona por provocar la presencia de sentimientos negativos (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010). Además, se puede observar, que muchas mujeres perciben un empeoramiento en su calidad de vida, y la presencia de múltiples alteraciones o dificultades en diferentes áreas que previamente funcionaban de forma correcta, esto hace que dichas mujeres se sientan más vulnerables ante el afrontamiento de otras enfermedades (Blanco, 2011). Por ello, es importante valorar a cada mujer de forma independiente, ya que algunas aprenden a vivir de manera adecuada con la enfermedad mientras que otras tienen mayores dificultades para afrontar dicha situación. Por lo tanto, se tiene evaluar de manera autónoma, ya que cada mujer presenta unas características individuales que influirán en su afrontamiento de manera diferente (Kirby y Copeland, 2007).

5. Afectación a nivel familiar.

Otro aspecto relevante que el cáncer de mama provoca es la presencia de una alteración significativa en el entorno familiar de la mujer. Muchas veces se ha considerado que la enfermedad del cáncer de mama es una enfermedad familiar, porque presenta una gran importación hereditaria y genera impacto significativo en el afrontamiento de la familia (Palacio y González, 2015).

Todo se inicia cuando se produce el diagnóstico de cáncer de mama y la comunicación a la familia, se suele experimentar una gran cantidad de sentimientos de tristeza y ansiedad. Después de ello, se produce unos cambios repentinos gracias al apoyo incondicional de la familia hacia la persona enferma (Parra, García y Insuasty, 2011). Por lo tanto, el apoyo social en este tipo de enfermedad es fundamental y es un gran pilar para afrontar la enfermedad, sobre todo la participación de la familia y pareja, de la manera más óptima posible, ya que gracias a dicho apoyo las mujeres con cáncer de mama presentaran un mayor nivel de autoestima, control sobre la situación adversa y más apoyo en la experiencia (Juárez y Landero, 2009). Este apoyo se relaciona con la reducción significativa de los niveles de estrés y al mismo tiempo, aumenta el nivel de calidad de vida, depresión y menor presencia de trastornos emocionales a lo largo del procedimiento. (Carver et al., 2005).

En muchos estudios se reflejan la diferencia entre la percepción de afrontar una enfermedad, como el cáncer, acompañadas por su familia o no. Ellas le otorgan un gran beneficio a dicha situación, ya que a menudo suele experimentar sensaciones negativas como el miedo, angustia y dolor, desde el inicio de su diagnóstico, el cual puede ir agravándose si no tiene la información

adecuado de lo que ocurrirá, y si no presentan ningún apoyo significativo. Cuando reciben el apoyo adecuado por parte de sus familiares, las mujeres se sienten con mayor fuerza para afrontar dicha situación, motivadas y capaces de afrontar tanto la cirugía como el tratamiento. (Vargas y Milena, 2012). Los autores Cohen y Wills (1985), plantean dos modelos característicos en relación con el apoyo y la salud de la persona. Uno de ellos es el modelo de efecto directo, considera que los niveles de salud se desarrollan de manera óptima cuando dicha persona recibe el apoyo social adecuado, independiente del nivel de estrés que tenga el individuo. Mientras que el modelo de efecto amortiguador, considera que un apoyo significativo para la persona de referencia puede llegar a proteger y disminuir los efectos adversos que surgen de situaciones adversas o estresantes (Juárez y Landero, 2009).

Como se ha comentado la familia también presenta grandes cambios, y uno de los más relevantes es el cambio de roles que se produce en el entorno familiar. Es decir, normalmente son las mujeres los pilares centrales que se encarga del cuidado de todos los otros miembros, pero después de dicho diagnóstico, se reorganiza el entorno familiar, modificando sus responsabilidades y necesidades, pero sobre todo se centran en los cuidados de la mujer. También se produce una afectación en el ámbito laboral, ya que muchas actividades están limitadas por la afectación que ha tenido la enfermedad en su capacidad física, por ello, aquellas que inician la búsqueda de empleo, dicha búsqueda es más compleja y menos proactiva, ya que frecuentemente presentan resultados negativos. En el caso de que la mujer previamente haya tenido un trabajo laboral específico, se tiene que adaptar este empleo a su nueva situación (Sánchez, 2001).

Un elemento fundamental que tiene que haber entre los miembros de la familia es la presencia de una comunicación adecuada. Este elemento permite aclarar las funciones específicas y las necesidades de cada miembro, y como unos a otros se pueden ayudar para llegar a cubrir las. Los dos elementos esenciales que participan en dicha comunicación, son: la intersubjetiva (mantener la integridad a base de la interacción entre ellos) y la interactividad (proceso en el cual la familia se integra a partir de los comportamientos que realiza el resto). Cuando la familia se enfrenta a dicha situación adversa, constantemente saldrán dudas o nuevas demandas respecto a la nueva situación, por ello, se tiene que recrear la presencia de nuevas habilidades y capacidades de cada uno de los miembros que componen la familia para enfrentarse a dicha situación negativa. La presencia de dichos factores nos puede ayudar a entender la evolución que tendrá la familia respecto a la enfermedad de la paciente principal, como: edad, la función que tiene la madre en la familia, como funcionaba previamente la familia antes de que se hubiese producido dicha situación adversa, como se sienten los miembros ante esta situación y los recursos que disponen cada miembro para afrontarlo (García, 2005).

Cuando se tiene que comunicar una situación tan adversa como la presencia de cáncer, es un proceso complejo, y sobre todo explicárselo a los niños más pequeños. Muchos padres deciden la opción de no contárselo, pero esto es totalmente erróneo, ya que los niños vivirán una situación de incertidumbre y caracterizada por una elevada tensión sin saber la causa verdadera del problema. Esto puede desencadenar continuas alteraciones psicosociales como ansiedad, confusión, tristeza, ira y sentimientos de incertidumbre. Por lo tanto, nunca se debe ocultar información, solo adaptar dicha información a la edad o etapa de desarrollo del niño, para que le permita una comprensión adecuada de dicha situación (García, 2005). La comunicación se tiene que caracterizar por la presencia de un lenguaje adecuado, claro y conciso, para evitar confusiones o una constante inquietud sobre la falta de información respecto a su estado actual y las posibles ocurrencias en un futuro.

Sobre todo, la persona que está más activa durante todo el procedimiento es el compañero sentimental. La pareja, suele ser un pilar fundamental de desahogo y compañía a lo largo del

proceso tan complejo que se enfrenta la mujer. Algunas de estas mujeres, se suelen aferrar a su pareja como un apoyo incondicional en la cual le informan de manera abierta todo lo que les ocurre, como sensaciones, emociones y percepciones que ellas sienten, a lo largo del proceso. Sin embargo, otras mujeres presentan más dificultades ante la expresión de dicha situación, y no encuentra el espacio o el tiempo adecuado para liberarse. La mayoría de veces son las propias mujeres que desean afrontar y comunicar esta situación a su pareja, hijos y amigos. Cuando se produce ese momento, la persona siente un miedo intenso y preocupación constante. Normalmente al inicio del discurso suelen experimentar una tristeza extrema o un bloqueo ante la exposición de contar dicha situación tan adversa. A continuación, muestran parámetros intensos de enfados porque desconocen el motivo de porque les ha ocurrido a ellas. Y finalmente se produce tranquilidad cuando acaban de confesar todo lo que sentían reprimido. La mayoría de los compañeros sentimentales suelen tener un rol pasivo ante esta situación, frente a los cambios de emociones constantes que la mujer siente, y su objetivo es transmitirle tranquilidad para que se sientan más seguras y con mayor fuerza para afrontar este proceso tan duro y complejo, tanto por las técnicas como por los tratamientos complementarios que se realizaran (García, 2005).

Como se puede observar, la participación activa de la familia genera un impacto positivo y vital para el afrontamiento adecuado de la mujer ante esta situación tan agresiva y con tantas repercusiones en su vida cotidiana, generando menor cantidad de estrés y malestar ante todo el proceso de enfrentamiento de la enfermedad. La presencia de esta variable, caracterizado por un apoyo afectivo adecuado, mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia de la propia mujer (Parra, García y Insuasty, 2011).

6. Bienestar Psicológico. Autoestima y optimismo.

Como se ha examinado en el estudio previo, el cáncer se trata de una enfermedad crónica que se manifiesta con la presencia de grandes alteraciones en diversas facetas de la vida de la persona. Además, el cáncer se trata de una enfermedad estigmatizada por la sociedad ya que la mayoría de personas que forman nuestra población lo considera una enfermedad crónica, terminal y negativa, y muchas de ellas lo relacionan con la muerte (Victoria y González, 2007).

Una de las afectaciones más graves es el afrontamiento del nuevo aspecto físico, y todo los sentimientos y actitudes que ello repercute en la mujer y su entorno. Todas estas alteraciones, tanto físicas como psicológicas, viene predominado por la presencia de la edad, entorno familiar, laboral y social, y la personalidad de la mujer, que permitirán actuar frente al cáncer de una manera más positiva o más negativa. Además de la presencia de otros sufrimientos persistentes como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (Victoria y González, 2007).

Sin embargo, uno de los parámetros que mejoran no solo la recuperación de la persona sino la presencia de síntomas negativos o emociones perjudiciales es el bienestar emocional, que viene influenciada por la personalidad de la propia mujer, lo cual influirá en la elección del tipo de afrontamiento ante dicha enfermedad (Victoria y González, 2007). Esta variable se basa en la valoración de los diferentes aspectos que han ocurrido a lo largo de su vida de la persona, tanto si son positivos como negativos. Por ello, este parámetro se compone de los siguientes elementos a valorar: satisfacción con la vida, afecto positivo y negativo. Por lo tanto, la persona tiene que valorar si a lo largo de su vida ha conseguido cumplir todos sus objetivos planteados. Respeto al afecto hace referencia al punto de vista de la persona, es decir, si dicha persona suele presentar emociones más positivas que negativas, esto implicara que tenga una mayor percepción optimista sobre el cumplimiento de las metas planteadas previamente (Wimberly et al., 2008; Urucuyo et al., 2004). Normalmente la persona con un bienestar adecuado suele

manifestar mayor autoconfianza, estabilidad emocional, fortalezas, afectividad positiva y autoestima (Victoria y González, 2007). Por lo tanto, las dos variables más significativas para generar un mayor bienestar emocional son la autoestima y el optimismo.

La autoestima se basa en una valoración de la propia persona, en la cual también se incluye sentimientos o emociones, es decir, se basa en la presencia de la capacidad de dicha persona para enfrentarse de manera significativa y adecuada ante situaciones adversas. Cuando la persona manifiesta una autoestima adecuada se correlaciona con menor nivel de estrés, una mejoría en su salud mental y percepción de mejor calidad de vida. Mientras que, si la persona presenta un nivel bajo de autoestima, este hecho influye en la recurrencia de pensamientos negativos y constantes síntomas depresivos. Por lo tanto, la autoestima se puede ver influenciada o alterada por varios factores, los más relevantes son la aceptación de un tratamiento de quimioterapia u otro similar, dicho procedimiento presenta un gran estigma social, por la presencia de la caída del pelo y la posible valoración negativa de las personas de su alrededor. Otra situación que también altera esta variable es la pérdida de una o ambas mamas acompañado con el tratamiento tan agresivo que utilizan. Normalmente, la paciente suele manifestar sentimientos de miedo, síntomas depresión, ansiedad y sentimientos de ineficacia (Pintado, 2013). Esto disminuye significativamente el nivel de autoestima en la mujer. No solo se trata de una enfermedad con consecuencias significativas en el aspecto físico o dolor, sino también provoca grandes alteraciones a nivel social y psicológico (Gutiérrez, 2015).

La autoestima incluye dos componentes, la autovalía y el autorespeto. La autovalía o autoeficacia, se basa en la confianza que tiene la persona en si misma para afrontar la situación adversa gracias a la presencia de las habilidades y capacidades adecuadas que adquiere a lo largo de su desarrollo para llegar a afrontarse a dicha situaciones adversas. Se aprecia que las mujeres con cáncer de mama presentan el concepto de autoeficacia a lo largo de varias fases del desarrollo de cáncer, es decir, tanto al inicio del diagnóstico en la cual la mujer realiza mayor cantidad de conductas de detección precoz, y en las fases siguientes en la cual ejerce un mayor control de los síntomas y mantenimiento de dichas sensaciones. Por lo tanto, una mujer con cáncer de mama que presenta unos niveles adecuados de autoeficacia muestra una disminución de estrés, alta autoestima, mejor condición física y adaptación a la enfermedad.(Pintado, 2013). Mientras que el componente de auto- respeto tiene en cuenta el derecho a vivir y ser feliz. Este parámetro este influenciado sobre todo por las opiniones o consideraciones que tiene la propia mujer sobre si misma o su entorno. El autor Rosenberg (1965), considera que cuando la persona muestra estos dos elementos de forma adecuada, incrementara su autoestima y su bienestar emocional. En cambio, si sucede lo contrario, la mujer con cáncer suele manifestar negatividad, irritabilidad, impulsividad y baja satisfacción respecto a los acontecimientos que le han ocurrido en su vida.

El optimismo, las mujeres que suelen mostrar unos niveles adecuados de dicha variable suelen manifestar menor nivel de ansiedad, depresión y estrés antes situaciones desagradables (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007). Una de las situaciones que se observa muy a menudo en las mujeres que sufren cáncer es que después de realizar una reconstrucción mamaria de manera inmediata, presenta niveles de mejora en su imagen corporal y en su autoestima, ya que este proceso permite volver a construir la imagen corporal que previamente presentaba, incrementando el nivel de bienestar psicológico, funcional y físico (Rincón, Pérez, Borda y Martin, 2010). Los resultados obtenidos de Schover et al.(1995), establecen que la tipología de la cirugía es importante para las posibles alteraciones con la autoestima, ya que las mujeres que se les realiza una mastectomía radical presentan una mayor disminución en la autoestima respecto a aquellas con una cirugía conservadora.

Un aspecto relevante que aparece en muchos estudios, y mejora considerablemente el bienestar emocional de todas las personas, y en particular en las mujeres con cáncer de mama, es el sentido del humor. Existen muchas mejores físicas y biológicas a causa del sentido del humor, sobre todo se considera que esta variable permite visualizar una mejor percepción de salud en las personas con alguna enfermedad, en especial el cáncer, ya que se considera un elemento pacificador entre las situaciones de estrés y depresión que se enfrentan las mujeres antes las experiencias traumáticas. Específicamente en el cáncer de mama, se ha descubierto grandes beneficios, ya que las mujeres que presentan mayor nivel de humor manifiestan una mejora en la comunicación de la enfermedad, menor ansiedad y mayor tolerancia a los tratamientos y consecuencias producidas por estos (Martín y Lefcourt, 1983). Un modelo importante a tener en cuenta en las personas que se enfrentan a una situación adversa, sobre todo en las situaciones de cáncer, es el enfoque centrado en la persona (ECP). Dicho modelo nos permite valorar y mostrar los elementos más relevantes que debe desarrollar o mejorar una persona para llegar a conseguir una mejora en la capacidad de afrontamiento hacia una situación adversa. Por lo tanto, se basa en tres factores primordiales: empatía; escucha activa; aceptación positiva; expresión de sus sentimientos respecto a la situación adversa a la cual se está enfrentando (Rogers, 2002).

Cuando la conducta de la mujer está basada en dichos elementos básicos permite un mayor crecimiento y desarrollo para la persona. Además, muchas mujeres que mantiene estos elementos en su conducta permiten una mayor aceptación de la enfermedad, ya que no presentan una perspectiva tan negativa, sino lo perciben como una forma más de supervivencia, con menor intensidad en los síntomas, y la presencia de un mayor optimismo, y menor ansiedad y depresión. (Juárez y Landero, 2009; Rogers, 2002).

Por lo tanto, con lo que se ha comentado anteriormente, el desarrollo de habilidades adecuadas, como la capacidad de confiar en sus propias capacidades, aceptarse a sí misma, presentar recurrentes actitudes positivas y otras habilidades permitirán una mayor adaptación y afrontamiento del cáncer. Por lo tanto, esto permitirá que la persona posea un mejor bienestar psicológico, y que permita visualizar un futuro realista, con metas objetivas y claras, positivas y adecuadas (Guil et al.2016).

Capítulo III. Estereotipos en la mujer con cáncer de mama.

1. Teorías y roles de género.

En el siguiente apartado se comentarán las diferentes teorías relacionadas con el género, junto con los distintos términos que se relacionan con dicho concepto, seguido de un estudio sobre los roles de género que generan tanto impacto en las mujeres, y sobre todo con mayor consideración en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

El género es un concepto complejo que contiene una gran cantidad de elementos que influyen en una persona que puede valorar dicha situación con diferentes perspectivas). Este concepto está definido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1995) como “la forma en que todas las sociedades del mundo determinan las funciones, las actitudes, los valores y las relaciones que conciernen al hombre y a la mujer.” (Conselleria presidencia Institut Balear Dona).

Este término incluye un conjunto de comportamientos, funciones, actividades y actitudes de la propia persona, tanto si son hombres como mujeres. El género está influenciado por la personalidad, los estilos de crianza durante la infancia, interacciones interpersonales, creencias, culturas y expectativas en la cual determinan cómo será la actuación de la mujer u hombre

frente a situación determinada. Por lo tanto, el género está influenciado sobre todo por mitos y símbolos culturales en la cual para cada persona tendrá un significado determinado e influirá en su conducta de manera diferente. También viene influenciado por la información que recibe de las instituciones u organizaciones sociales, y de las personas más significativas o representativas de su vida, como familia, amigos, compañeros de trabajo, etc. (Hyde, 1995; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011; Sherif, 1982). Este concepto está caracterizado por la presencia de los siguientes elementos: relaciones continuas entre hombres y mujeres para conseguir formar un sistema social, con un nivel jerárquico diferente entre hombres y mujeres, acompañado de variaciones constantes a lo largo del tiempo y en diferentes contextos. Por lo tanto, esta variable es significativa y cambiante en función de la cultura en la cual se encuentre la persona (Lamas, 1996).

Nuestra sociedad actual presenta grandes diferencias jerárquicas entre los hombres y mujeres, en las cuales sitúa en una posición diferente ante la sociedad a unos y otros, dando lugar a desigualdades significativas, ya que las mujeres y hombres actúan de manera diferente, porque la propia sociedad, en la cual viven, les ha impuesto diferentes roles, comportamientos, actitudes, oportunidades, valores, etc.; en función del su sexo. (Conselleria presidencia Institut Balear Dona).

Las diferentes épocas y culturas, han permitido desarrollar diferentes roles tanto para hombres y mujeres, y conseguir lograr el cumplimiento de la feminidad y masculinidad establecido en cada época. Por lo tanto, la sociedad se ha basado en tres modelos característicos de socialización de género: tradicional, transición y contemporáneo (Lamas, 1996; López et al. 2006).

El modelo tradicional se caracteriza por la presencia de una relación patriarcal, en la cual se produce la división de los roles generales y sexuales en el área del trabajo y el ámbito social. Se ocasiona un gran cambio significativo con la llegada del modelo de transición, ya que muchas mujeres tienen acceso adecuado a la educación, al mundo laboral y social. En esta época, las mujeres dejan de presentar una condición de sumisión, pero siguen manteniendo la dependencia en relación a los hombres y respecto a las actividades del hogar. Por último, el modelo contemporáneo, usado actualmente, su finalidad es la producción de los intereses individuales, independiente de si la persona presenta un sexo masculino o femenino, se requiere la igualdad en ambos géneros para llegar a conseguir el éxito en sus vidas (Lamas, 1996; López et al. 2006). Sin embargo, podemos comprobar que nuestra sociedad actual no cumple todas estas características, ya que a menudo contemplamos desiguales en diferentes ámbitos (laboral, social, educación, etc.) generado por la diferencia de sexos.

Un concepto relacionado con la variable de género es la socialización de este. La socialización de género se trata es un sistema de aprendizaje que se produce a lo largo de la vida de la persona, tanto en hombres como en mujeres, basado en diferentes normas, reglas, comportamientos o actitudes que tienen que presentar ante la sociedad (Conselleria presidencia Institut Balear Dona; Giménez). Esto se inicia durante la primera infancia, en la cual se basa en roles tradicionales que se le enseñan a los niños o niñas, como los tipos de juguetes que tienen que utilizar, la ropa, actitudes o comportamientos que deberían realizar ante la sociedad o la presencia de otra persona, para que sean valorados de manera correcta. Sobre todo, a las niñas, se les inculca los términos de belleza de manera constante, y se rechaza cualquier tipo de actitud violenta realizado por una mujer (Conselleria presidencia Institut Balear Dona). El autor Burin (2008) considera que los estilos de crianza son un factor importante que se relaciona con el tipo de comportamiento que desarrolla la niña, y que posiblemente afectara a su etapa adulta, caracterizada por una conducta de subordinación e inferioridad. El hecho de que una mujer o hombre se comporte de una manera preconcebida por las normas de la

sociedad, es porque se ha llevado a cabo la internalización de dichas normas y reglas establecidas por la propia sociedad en función del sexo.

Una sociedad basada en el patriarcado se caracteriza por la presencia del género masculino como elemento primordial y representativo de la sociedad, en la cual contiene todo el poder económico, político, social y la toma de decisiones en situaciones importantes. Mientras que las mujeres mantienen un papel de inferioridad en dicha sociedad. Se basa en una sociedad constituida por la diferencia de roles en función del sexo de la persona, en la cual se le otorga mayor poder, oportunidad y valor a la figura del hombre sin tener en cuenta la presencia de la mujer (Conselleria presidencia Institut Balear Dona). Durante muchos años las mujeres han aceptado este papel de sumisión ante el hombre o ante la propia sociedad. Actualmente, en nuestra sociedad existe muchas desigualdades, pero también existe una gran parte de la población basada en una corriente feminista, en la cual tiene como finalidad permitir y garantizar la igualdad de derechos, oportunidades en cualquier ámbito tanto para los hombres como las mujeres (Conselleria presidencia Institut Balear Dona).

A lo largo del estudio sobre el género hemos encontrado varias teorías que defienden dicho concepto o muestran la presencia de desigualdades en nuestra sociedad relacionado con dicho termino. Por lo tanto, las teorías de genero se manifiestan a partir de las diferencias sexuales que existe entre los hombres y mujeres, y que dichas diferencias están plasmadas en la sociedad (Butler, 2013). Es importante saber diferenciar entre los conceptos de sexo y género, ya que son dos términos diferentes, pero la sociedad o el entorno los intenta plasmar de la misma forma. El sexo hace referencia a los rasgos sexuales biológicos que presentan un hombre o mujer, mientras que el género, son todas aquellas construcciones sociales para determinar cuál es la significación del término femenino o masculino, dependiendo de la cultura, época o tiempo en la cual se encuentre dicha persona.

La teoría de la performatividad de genero del autor Butler (1990), considera que nuestra sociedad está basada en desigualdades en relación al género, ya que las mujeres o hombres cuando se enfrentan ante la sociedad en la cual viven, continuamente tiene que demostrar actitudes, roles o comportamientos propio de hombres y mujeres, en las cual la misma sociedad lo ha establecido. A esto también se le asocia, el mito de la complementariedad, el cual considera que la separación de roles entre mujeres y hombres permitirá compensar las características que al otro sexo le falta con el objetivo de conseguir un equilibrio entre las necesidades de uno u otro frente el sistema social. Todos estos comportamientos o actitudes están basado en estereotipos en función del sexo de la persona que dará lugar a un rol tradicional de género. Incluso la presencia de dichos estereotipos puede dar lugar a un mayor incremento de la violencia social, ya que desvaloriza a la mujer ante la sociedad. En el caso de que la mujer realice cualquier tipo de comportamiento o actitud diferente a los roles preestablecido puede causar rechazo por parte de los miembros de la sociedad (Conselleria presidencia Institut Balear Dona).

Otro elemento que se construye relacionado con el concepto de género es la estigmatización. Este componente está influenciado por tres niveles: identidad social, identidad personal e identidad del yo. La identidad social, hace referencia a las características o rasgos que establece la propia sociedad ante la presencia de un individuo. Mientras que las identidades del yo son las percepciones o valores que tiene la propia persona sobre si misma, las cuales se tendrá que ir desarrollando a lo largo de la interacción con el entorno o medio donde se localiza, con ello, puede ocurrir que su perspectiva sea totalmente contraria al medio donde se encuentra, es aquí cuando se realiza una reevaluación en su pensamiento, y manifiesta negatividad ante dicha situación. En el caso de una mujer que ha sido diagnostica de cáncer de mama, la mayoría de ellas consideran este hecho como un estigma negativo, tanto por ellas mismas como por la

percepción negativa de la propia sociedad en la cual se encuentra. La sociedad considera esta situación como un hecho adverso asociado a gran gravedad o incluso directamente con la muerte. La propia mujer también presenta una valoración negativa, ya que considera que la falta de pecho no le permitirá cumplir con los prototipos establecidos de la sociedad. El cáncer de mama provoca grandes alteraciones visuales en el cuerpo de la mujer, lo cual conlleva a una estigmatización, tanto por el hecho de ser observada por los demás y que estos identifiquen que dicha persona ha pasado un cáncer, todo esto genera una fractura emocional, conductual o psicológica que puede desarrollar la mujer ante esta nueva situación adversa (Torregrosa, sf). Incluso el autor Françoise Héritier- Augé (1992), considera que en la sociedad la mujer representa dos niveles de posición o de estatus. Uno, en el cual participa en el ámbito social, y otro es el poder individual. En esos dos estatus la mujer cambia significativamente cuando se produce la vejez o cuando la mujer no es capaz de procrear, considerada como estéril ante la sociedad. Este autor considera que cuando una mujer le diagnostican cáncer de mama, y le tiene que realizar una mastectomía radical o local, presenta los mismos sentimientos o emociones como si estuviera en la fase de estéril.

Otro aspecto importante a comentar es la identidad de género. La identidad de género, se trata de un proceso en la cual se observa como las personas son expuestas a roles o conductas estereotipadas en función de su sexo, es decir, a partir de las diferencias biológicas, intenta que dicha característica intervengan en la manera de actuar, comportarse o incluso en la parte psicológica de la persona, con la finalidad de conseguir construir una identidad determinada y controlada por la sociedad, en la cual también influenciara en los pensamientos y sentimientos. Es decir, la identidad de género se basa en construir un aspecto determinado y controlado por la sociedad, en relación de si dicha persona es hombre o mujer biológicamente, Esta identidad también recibe la influencia de actitudes, roles, creencias, rasgos de personalidad, etc. La identidad se va estableciendo cuando vamos desarrollándonos, al principio se produce la conciencia del niño sobre la identidad, a continuación, va seguida de la identidad sexual, en la cual el niño tiene la capacidad de diferenciar entre hombres o mujeres, y por último se llega a consolidar la identidad de género, en la cual se basa en la auto clasificación de sr hombre o mujer, en función del concepto que tenga la persona sobre esos términos (García, 2005). Esta identidad puede ser tanto colectiva, en la cual implica la adaptación de la persona ante la sociedad en función de los roles de género que la propia persona ha adquirido, o puede ser individual, como cada persona vive su propio género y mantiene la relación con las diferentes áreas de la sociedad (Sau, 1988).

Se considera que para el desarrollo y la construcción de la identidad de género se puede explicar a través de la teoría de aprendizaje social de Bandura y Walters (1963), Lynn (1965) y Mischel (1966), estos autores consideran que la identidad de género se produce a través de la observación y comunicación por parte de otras personas significativas para ellos, como la familia, amigos, etc.; a las cuales imitan dicho comportamiento respecto a la conducta de masculinidad y feminidad. Conformen vaya pasando los años, a través de las experiencias que han tenido podrán modificar este comportamiento o incrementarlo. En la teoría de la identidad social, también consideran que la identidad está basada en un conjunto de aspectos tanto cognitivos como motivacionales que imita de aquellos grupos sociales al cual presenta interés. Otra teoría que también se confirma la importancia de dicho concepto, es la teoría de la tipificación sexual de Walter Mischel (2002), en la cual considera que todas las conductas o comportamientos que posee una persona están condicionadas por su sexo. Esta teoría se basa en tres principios básicos: discriminación, generalización y aprendizaje observacional. Estima que la mayoría de conductas que las personas realizan a parte de estar tipificado sexualmente, son conductas que imitamos de otras personas que son importantes para nosotros, tanto de

forma directa como indirecta, además también se produce la imitación de dicha conducta en función de si las consecuencias en un futuro o de manera inmediata, son positivas o no para la persona.

Estas conductas imitadas tendrán un mayor auge durante la etapa de la infancia. Los periodos más comprometidos en dicha infancia son de 2 a 6 años de edad, se llega a conformar la identidad de género; de 4 los 7 años de edad, los niños suelen comprender su género, es decir, saben que si son niños se convertirán en hombres, y si son niñas en mujeres, y esto no cambiara, aunque pasa los años (Aranda y Múzquiz (1997). Y de 6 a 7 años se construye la identidad de género, pero influenciada por los valores sociales, en la cual también puede interferir la presencia de los estereotipos de género sobre feminidad y masculinidad. Por último, a los 14 años, ellos mismos tiene la capacidad de identificarse no solo por la diferencias biológicas o roles de género, sino también a nivel psicológico (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving 2011)

Asimismo, un concepto importante y que puede desencadenar grandes alteraciones en nuestra sociedad es la presencia de roles de género. Estos roles están basados en características de personalidad, conductas o comportamientos determinados e incluso la forma de pensar, que se atribuye de manera diferente a cada sexo. Sobre todo, los roles más tradicionales siguen favoreciendo a la figura del sexo masculino, mientras que el femenino se caracteriza por ser de índole inferior o basado en conductas de subordinación. En las mujeres, sobre todo los roles que poseen, esta caracterizados de forma continua por la presencia de estereotipos y la presencia de feminidad que definen a las mujeres. Estos roles también se asocian con la presencia de una personalidad específica que determina las actitudes que tiene que tener una mujer aceptable por la sociedad. Por lo tanto, los roles femeninos se basan en conductas, actividades o actitudes que manifiesta la mujer de manera tradicional inculcados por la sociedad y dichas funciones vienen establecidas en función del sexo, es decir, por el simple hecho de ser mujer (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011). Por lo tanto, la identidad tanto femenina como masculina, son característica que la persona ha aprendido a lo largo de su vida, y principalmente su aprendizaje se ha basado en la observación (Elisa, 2001).

Los autores Morris y Greerc, consideraban que la mayoría de mujeres que padecen cáncer de mama, presentan un personalidad caracterizada por la presencia de un control emocional, comprensión y racionalidad, esta características definen la personalidad tipo C. Dicha personalidad se caracteriza por mujeres que suelen ser pasivas, obedientes, pacientes, sumisas, evitan conflictos, control de emociones y son incapaces de enfrentarse a situaciones de tensión o estrés en las relaciones interpersonales, y en el caso de exponerse a dichas situaciones suelen desencadenar sensaciones de indefensión y desesperanza (Ceballos y García, 2016). Sobre todo, este tipo de personalidad se caracteriza por el no cuidado de su propia salud, y este comportamiento es peligroso sobre todo cuando se tiene que hacer una detección precoz y autoexploración estas dos conductas son primordiales para anticiparse a que la enfermedad se siga desarrollando, y además la persona tendrá mayores probabilidades de éxito tanto con la cirugía predeterminada como con los tratamientos a seguir (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000). Cuando se pretende intervenir en una situación basada en roles tradicionales con la finalidad de conseguir relaciones sanas, apoyadas en la igualdad y equilibrio entre las relaciones interpersonales, se tiene que tener en cuenta tanto el proceso de aprendizaje para desarrollar esta capacidad como los factores motivacionales que han originado este cambio (Ceballos, 2015).

Por ello, las mujeres que presentan un Cáncer de mama cambian totalmente la percepción de su vida o los roles que llevan en ellas. A partir de dicho diagnóstico, las mujeres basaran su vida en motivos intrínsecos y extrínsecos. Los motivos intrínsecos, hace referencia a la capacidad de

lucha, afrontamiento, superación y optimismos para afrontar dicha situación adversa o negativa. Mientras que los motivos extrínsecos, se basa en el apoyo de sus familiares para conseguir sobresalir de dicha enfermedad (Andreu, Galdon y Ibáñez, 1991)

Nuestra sociedad tiene que estar basada en la igualdad de oportunidades, independiente del sexo que sea la propia persona. Para llegar a conseguir esta nueva realidad en nuestra sociedad, se tiene que eliminar algunas características determinantes de la sociedad, como: (González, 1999)

- La percepción o confianza que tiene una persona influirá en la realización de dicha conducta, por ello, aquellas actividades en las cuales la sociedad ha establecido que son adecuadas para las mujeres, ellas lo realizarán mejor que los hombres, pero no por la dificultad de la tarea sino por la confianza que se ha establecido en ellas. Por ello, no tiene que existir roles respecto a las actividades, sino que frente a la presencia de diferentes tareas no reciba influencia por parte del género, es decir, que todas las actividades puedan realizarlas tanto los hombres como las mujeres. (Teoría basada en el autoconcepto). (González, 1999)
- Los diferentes estilos atribucionales que presenta una mujer o un hombre respecto a una situación determinada, en la cual su resultado puede ser exitosa o negativo. Muchos hombres consideran que los fallos tienen un valor externo, mientras que los éxitos tienen un valor interno, basado en sus propias capacidades. Mientras que en las mujeres sucede lo contrario, es decir, consideran que los errores cometidos son provocados por un valor interno, en las cuales ellas son las culpables. (Teoría basada en el estilo atribucional). (González, 1999)
- La mayoría de actividades que deseamos conseguir tienen que estar basadas en la motivación para el éxito y para evitar el fracaso. Se ha comprobado que las mujeres al igual que los hombres presentan la misma intensidad respecto a la motivación de conseguir una actividad o tarea, pero en las mujeres el peso del valor que tiene estas actividades es mucho más fuerte la toma de decisiones, y que los factores que motivan a la mujer son elementos totalmente diferentes de los hombres. (teoría basada en expectativa y valor). (González, 1999)

2. Estereotipos en la mujer con cáncer de mama.

Los estereotipos reciben una gran influencia de creencias o suposiciones de la propia sociedad, las cuales intervienen en las interacciones personales o en las actitudes de la propia persona (García, 2005). Existe una tipología muy frecuente son los estereotipos que se producen en función del género, se tratan de diferentes conductas o rasgos de personalidad que tiene la persona dependiendo de las creencias por las cuales ha sido influenciada. El autor Barberá y Martínez, considera que se trata de "conjunto de creencias compartidas por una comunidad o un grupo social, y se relaciona de manera directa con el impacto que estas creencias tienen, a través de su carácter prescriptivo y de modelos conductuales que marcan la conducta a seguir". Por lo tanto, los estereotipos sirven como esquemas para determinar la interpretación y entendimiento de las diferentes conductas o comportamientos provocados por la presión de la sociedad los cuales llega a generar actitudes específicas de cómo actuar frente a diversos procesos o situacionales sociales (Hyde, 1995; Barberá y Martínez, 2004). Los estereotipos suelen estar formados por tres elementos: cognitivos, afectivos y conductuales. Se suele manifestar estereotipos acompañados de prejuicio. Se trata de dos variables independientes, pero íntimamente relacionadas, que suelen manifestarse la mayoría de veces de forma conjunta. Los estereotipos serían los componentes cognitivos de los prejuicios de carácter

negativo. Suelen perdurar a lo largo del tiempo, y transmitirse de una generación a otra, incrementado o disminuyendo su convicción respecto a la creencia original. (González, 1999) Durante muchos años, se ha establecido una visión tradicional, estereotipada y basada en diferentes personalidades entre hombres y mujeres dando lugar a los términos de feminidad y masculinidad, es decir, viene establecido por la presencia de conductas propias que debe realizar un hombre y una mujer. En la mayoría de sociedades, incluido la nuestra, a menudo se ha considerado que el verdadero rol de una mujer se basa en un comportamiento pasivo-obediente, con mayor participación en actividades domésticas, y una autopercepción como personas débiles, sumisas y dependientes de otros. Mientras que a los hombres se han valorado de diferente manera, sobre todo caracterizados por ser personas independientes y autoritarias ante situaciones novedosas o adversas (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011). Las diversas creencias o culturas influyen y repercuten de manera negativa sobre todo en el comportamiento de las mujeres. Por ello, muchas mujeres pueden basarse en definir su imagen corporal o comportamientos en estereotipos inflexibles y rígidos, o asumir sus propias conductas e imagen en función de sus propias creencias o percepciones (Giraldo y Arango, 2011).

Actualmente, somos una sociedad basada en el culto al cuerpo, en la cual los pechos a lo largo del tiempo e incluso ahora son comercializados, considerados como elementos de sexualidad, juventud y deseo, pero también tiene un significado biológico, como la lactancia y maternidad. Sin embargo, los pechos también han adquirido en nuestra sociedad una nueva significación en muchas mujeres, es el temor a sufrir cáncer de mama (Sánchez, 2001). Así pues, el cáncer de mama, no solo se trata de una enfermedad que afecta a la forma física o biológica de la mujer, sino que su diagnóstico conlleva la presencia de grandes alteraciones en las representaciones subjetivas y culturales sobre la opinión que tiene dicha persona en relación a su aspecto físico, influenciado por las normas o creencias de la cultura que determinan el valor de este nuevo aspecto (Díaz, 2010). Nuestra sociedad está compuesta por unas normas sociales que reciben una gran influencia de la imagen de la persona, en especial el cuerpo de la mujer, con el objetivo de alcanzar unos parámetros ideales establecidos por la sociedad para determinar si dicha persona cumple los criterios de belleza. Esto se conoce como cuerpo estereotipado, se pretende conseguir este tipo de cuerpo, para que no existan diferencias entre unos y otros, basado en cuerpos perfectos y que cumplan los parámetros establecidos. En el momento en el cual la persona se aleja de estos parámetros, se genera rechazo por parte de la sociedad y por sí misma, porque considera que no se encuentra dentro de las normas generales establecidas, por ello, como consecuencia genera sentimientos de insatisfacción con su propio cuerpo. Constantemente recibimos esta influencia a través de nuestros medios más cercanos, como la comunicación (Díaz, 2010).

Esta situación se ve agravada, cuando a una mujer se le diagnostica cáncer de mama en una sociedad basada en el culto al cuerpo perfecto. Este cáncer principalmente afecta a la imagen corporal de la mujer, en especial a las mamas, las cuales se consideran dentro de nuestra cultura occidental, y en algunas otras, como símbolo de sexualidad, belleza y maternidad (García y Blanco, 2007). También genera grandes alteraciones el uso de tratamientos complementarios respecto al cáncer, como la quimioterapia, radioterapia, etc., son extremadamente perjudiciales para el propio cuerpo, los cuales conllevan secuelas como caída del pelo, quemaduras, infertilidad, etc.; que agrava más la situación, y provoca una distancia respecto al ideal de belleza establecido por la sociedad. (Díaz, 2010) Muchos de los efectos que se producen por los tratamientos, la paciente les otorga mayor importancia, pero no por la funcionalidad, sino por la representación que tiene ese aspecto ante la sociedad, es decir, sienten un gran temor ante la no aceptación o rechazo social por el aspecto físico (Díaz, 2010). La variable de imagen corporal en las mujeres está constantemente influenciada por pautas estéticas establecidas por

la propia sociedad, entre ellas dando mayor connotación al cuerpo escultural y perfecto, y mostrando las mamas como objeto estético y erótico para el sexo opuesto. Frente a este hecho, muchas mujeres con cáncer de mama se suelen sentir menos identificadas como mujeres, porque consideran que no encajan dentro de esos parámetros que la sociedad le ha inculcado. Se puede percibir que dichos estereotipos han estado siempre dentro del autoconcepto de belleza de la mujer, pero cuando físicamente no cumplen con dichos patrones o el cuerpo ha producido un cambio inmediato y significativo en tan poco tiempo, aparecen constantes problemas físicos y psicológicos (Giraldo y Arango, 2011).

De modo que, las mujeres que sufren cáncer de mama no solo presentan pérdidas físicas, sino también estas pérdidas ocasionan sentimientos negativos por lo que representaba para ella dicha parte del cuerpo. Normalmente cuando se encuentra ante esta situación suelen manifestar negación constante respecto al hecho adverso, tanto por la falta de ese miembro o insatisfacción por la apariencia de su nueva imagen corporal. Muestra continuamente sentimiento de dolor ante esta nueva imagen, que con el paso del tiempo puede disminuir la intensidad del dolor, pero también puede llegar a cronificarse y realizar continuas conductas de evitación, como no verse desnuda ante un espejo, tocarse o que lo haga otra persona. Sin embargo, muchas mujeres que sufren este tipo de cáncer aprenden a convivir con esta nueva realidad, la asume y la aceptan (Díaz, 2010). Por lo tanto, las mujeres que sufren cáncer de mama tienen una doble presión social, no solo por la opresión de ser mujer, y llegar a cumplir todos los parámetros establecidos considerados como normales, sino que también tiene que cumplir todas las indicaciones médicas para poder salvar su salud (Rodríguez y Rosello, 2007).

Una de las consecuencias más graves para la mujer provocado por el uso de los tratamientos adyuvantes es la caída de pelo. Desde pequeñas las niñas suelen tener un gran cuidado por parte de las madres con el cabello, y cuando van creciendo, el pelo significa un elemento de belleza y feminidad ante el rostro de la mujer. Esta situación se incrementa con constantes mensajes subliminales de la importancia de mantenimiento y cuidado adecuado para obtener un cabello bonito, lo cual representa para nuestra sociedad la figura de una mujer feminidad y bella. Por lo tanto, cuando la mujer inicia los tratamientos oportunos y complementarios a la cirugía, la caída del cabello, para ella significa la pérdida de un objeto muy significativo, tanto por el recuerdo de su niñez o infancia como por la pérdida de su imagen personal, acompañado de sentimientos de menor atractivo, belleza o menor autoestima (Díaz, 2010). Por lo tanto, se percibe como la mujer a lo largo de su vida ha interiorizado los parámetros de belleza establecidos por la propia sociedad, y cuando se produce cualquier diferencia, de forma abrupta, inmediata o inesperada, genera en ella sentimientos de incertidumbre y negativos, porque ya no cumple con los parámetros establecidos, y ello, puede conllevar a no sentirse como una verdadera mujer.

Pues la variable de belleza ha sido un elemento que ha causado una gran repercusión a lo largo de la historia. La belleza se define como "conjunto de conceptos, representaciones, discursos y prácticas cuya importancia radica en su capacidad performativa en la materialización de los cuerpos sexuados y en la definición de los géneros" (Muñiz, 2011, p. 58). Este elemento se considera una variable obligada en la mayoría de mujeres, lo cual conlleva a realizar constantemente conductas o acciones para mantenerse bella ante una sociedad que establece los parámetros determinados. Este concepto está formado por esquemas androcéntricos y patriarcales. Actualmente, estos tipos de comportamientos han incrementado, porque se ha viralizado dicho objetivo, es decir, muchas personas tienen como objetivo primordial tener cuerpos bellos, perfectos, saludables, tonificados, delgados, con una piel bronceada, etc. Además, se proponen diferentes tipos de opciones para llegar a alcanzar dicha perfección, considerado por la sociedad como un problema que se tiene que solucionar, y por ello nos proporciona diferentes técnicas o procedimientos como planes para adelgazar, intervenciones quirúrgicas, cortes, cremas, etc. (Muñiz, 2011). Mantener unos hábitos saludables es una actitud

adecuada, siempre que no se vuelva una obsesión e implique riesgo para nuestra salud. Estas actitudes se ven reforzadas de manera constante por la influencia de informaciones que recibimos por parte de la publicidad, moda, diseño, etc.; en la cual nos muestra imágenes del prototipo rígido de mujeres que la población tiene que guiarse para tener el mismo reconocimiento ante la sociedad. Este tipo de actitudes lo que muestra es la presencia de una mayor inferioridad, psicológica y social, con relación a los hombres, ya que a ellos no se le ejerce una presión social tan grande (Lipovetsky, 1999).

Por lo tanto, el hecho de no encontrarse dentro de los parámetros o límites fijos que establece la sociedad para el cual nos indican si la persona cumple los criterios para clasificarla como bella o atractiva conlleva a una disminución significativa en la autoestima y autodegradación, porque la persona no sabe a qué grupo pertenece, ya que constantemente manifiesta un sentimiento de desagrado hacia su propio cuerpo. La gravedad de la situación incrementará en el caso de que la persona padezca alguna patología, como es el caso del diagnóstico de cáncer de mama, que provocará una gran afectación tanto a nivel corporal o físico (Murolo, 2009). Nuestra sociedad está basada en mitos, creencias, estereotipos y normas sociales rígidas con el objetivo de clasificar a las mujeres, disminuyendo su empoderamiento e independencia.

3. Belleza femenina, atractivo físico e imagen corporal.

A lo largo del estudio se ha podido observar que la enfermedad del cáncer de mama presenta grandes alteraciones en el aspecto de la imagen corporal. Este concepto se trata de un constructo multidimensional en la cual hace referencia a como la persona percibe, imagina, piensa o siente su propio cuerpo, pero además tiene en cuenta la opinión, el impacto y las reacciones que causan en las demás personas (Aguilar, Sánchez, Mur, Gómez y Sánchez, 2014). Dicho término incluye una gran cantidad de pensamientos, imágenes, actitudes, sentimientos y autovaloración respecto a su propio cuerpo (Fernández, 2004). Este concepto nos permite evaluar el nivel de autoestima y autoconcepto que presenta la persona (Steller y Sancho, 2011). La manera en la cual la persona se siente con su cuerpo, nos puede transmitir información de cómo se encuentra ella, tanto físicamente, psicológicamente o emocionalmente (Rodríguez y Rosello, 2007).

La imagen corporal, está compuesta por tres elementos fundamentales según los autores Pruzinsky y Cash, 1990 son: imagen perceptual, (representación mental que tiene la persona sobre su cuerpo y sus partes); imagen cognitiva, (incluye todos los pensamientos y creencias sobre el cuerpo); imagen emocional (Incluye los sentimientos sobre el nivel de satisfacción respecto al aspecto corporal); imagen conductual (hace referencia a los comportamientos que realizará la persona en relación con su cuerpo para incrementar o disminuir su grado de satisfacción. (Pruzinsky y Cash, 1990, citados en Baile, 2003). Se considera que las variables que presentan mayor influencia en el cambio corporal son: (Fernández, 2004)

- Localización y grado de discapacidad que provoca la enfermedad en la persona.
- Reacción del entorno y apoyo social.
- El acceso al adecuado al uso de prótesis u otros materiales en función de cada condición del paciente.
- Autovaloración de la persona respecto a la enfermedad y las consecuencias en su nuevo aspecto físico.

- Nivel de bienestar emocional, que le permitirá seleccionar un afrontamiento adecuado ante la enfermedad.
- Sentimientos negativos y constatación de preocupación por la apariencia y la integridad física.

En el caso de las mujeres con cáncer de mama, la imagen corporal, significa una alteración significativa y total en su aspecto. Muchas mujeres consideran esta nueva forma física como asimétrica o sienten como si tuvieran una deformidad en su cuerpo a causa de la pérdida de las mamas (Juárez y Landero, 2012). Por lo tanto, la presencia de un tumor maligno y todos los procedimientos y consecuencias que conlleva el tratamiento oportuno genera un impacto significativo en la mujer, sobre todo en su aspecto corporal, feminidad y sexualidad (Aguilar, Sánchez, Mur, Gómez y Sánchez, 2014). Esta imagen corporal está relacionada con el concepto de inversión de la apariencia, y la autoevaluación de sí misma negativa (Aguilar, Sánchez, Mur, Gómez y Sánchez, 2014).

Otro término importante es la belleza del cuerpo, esto ha sido durante años un símbolo de presión para muchas mujeres, ya que constantemente se han enfrentado a rituales, cirugías, técnicas, etc.; para conseguir una mejora en su apariencia, y poder encajar dentro de los prototipos creados por la sociedad. (Giraldo y Arango, 2011). Actualmente continúan los mismos rituales, e incluso se ha incrementado su uso, porque muchas mujeres son sometidas a diferentes técnicas o procedimientos quirúrgicos, no por un bienestar a su salud, sino para mantener una imagen adecuada ante la sociedad (Giraldo y Arango, 2011).

Como se ha observado, la sociedad se centra en presentar un cuerpo perfecto e inaccesible (ser delgada, joven, lucir siempre bella, tener pechos firmes, etc.), por ello, las mujeres luchan de manera constante para llegar a dicho objetivo, pero cuando no consiguen esta meta, suelen manifestar grandes sentimientos de insatisfacción respecto a su físico corporal. Cada vez se puede observar que estamos ante una sociedad basada en el consumo, el cuerpo, es uno de los principales elementos para garantizar una mayor economía al país, sin otorgarle importancia a otras características personales. Por lo tanto, es una sociedad compuesta por el patriarcado, por ello, autores como Velázquez y Ramos y Vigarello, consideran que el concepto de imagen corporal se trata básicamente de un constructo social, en el cual va variando en función de la época, el tiempo, la moda y la cultura del país en el cual nos encontramos (Alvarado y Sancho, 2011).

Uno de los elementos característicos, de gran representación de belleza, sexualidad, estética y lactancia son las mamas. Por lo tanto, cuando ocurre un diagnóstico como el cáncer de mama, la mujer se tiene que adaptar a este nuevo aspecto, tanto verse con las mamas, como sin ellas o con la presencia de una prótesis. La enfermedad de cáncer de mama afecta a la calidad de vida en diferentes ámbitos de la mujer, como las áreas cognitivas, afectivas, conductuales y sociales. (Plaza y Rosario, 2013).

En la sociedad en la cual vivimos, uno de los objetivos es que todas las mujeres se vean bellas o femeninas, pero sin tener en cuenta la propia opinión de las mujeres respecto a lo que ellas consideran "Belleza", sino que la mayoría de veces se determina esta actitud con la finalidad de que muestren su belleza a los demás, en especial a los hombres (Alvarado y Sancho, 2011). Todas estas particularidades o características físicas sobre lo que representa una mujer no son reales, ya que básicamente no se corresponden con la imagen de la mujer que se encuentra en nuestra sociedad. Este hecho se ve agravado si la mujer presenta alguna enfermedad, dejando cicatrices u otras deformidades, ya que en ese momento sentirán muchas de ellas que no pertenecen a ningún grupo social (Cáceres y Díaz, 2008).

Los medios de comunicación ejercen una gran influencia en las condiciones de las mujeres, desde muy pequeñas se les transmite información de estereotipos de belleza que tiene que

cumplir (Cáceres y Díaz, 2008). Asimismo, las condiciones que establece la sociedad sobre la belleza femenina son inaccesible, rígidas y fijas, lo cual conlleva a realizar una gran cantidad de comportamientos inadecuados para lograr conseguirlo, creando así una imagen distorsionada de su propio cuerpo. Dichos estereotipos son evolutivos, es decir, varía en función de las influencias sociales, y con esto se puede observar que el cuerpo de la mujer ira variando o cambiando de manera que cambien los factores externos o la sociedad (Alvarado y Sancho, 2011). Todos estos factores externos generan influencia en la imagen corporal de la mujer provocando una difícil adaptación, sobre todo en aquellas mujeres que se le diagnostican cáncer de mama, ya que se siente constantemente inseguras respecto a su entorno o insatisfechas consigo mismas, incluso considerándose menos mujeres o menos femeninas que otras. Por lo tanto, estos abordajes sobre las conductas estereotipados respecto a la belleza ocasionan una menor autoestima y grandes sentimientos negativos, ya que no solo se sienten ansiosas o preocupadas por las técnicas quirúrgicas que se realizan, y sus consecuencias, sino también por los tratamientos adyuvante que se realizaran, y como repercutan estas técnicas en su aspecto físico (Rodríguez y Rosello, 2007). Todo esto conlleva a una gran connotación negativa e insatisfacción respecto a su cuerpo, acompañado de alteraciones a nivel emocional y conductual, principalmente afectando a la autoestima y la presencia continua de conductas de aislamiento social.

Estas preocupaciones constantes respecto a la imagen corporal en las mujeres con cáncer de mama pueden llegar a desarrollar diversos trastornos en la imagen corporal, como distorsiones perceptuales, creyendo que la alteración del miembro es más grande o marcada de lo que realmente es, también puede generar distorsiones en el pensamiento, sobre la causa o el motivo de su origen de dicha enfermedad (Cardona y Herrera, 2018). Otro sentimiento que se produce en las mujeres con cáncer es el sentimiento de vergüenza ante la sociedad, relacionado con su apariencia, y la inquietud constante de la manera en la cual lo afronta su entorno social este nuevo aspecto físico. La mayoría de alteraciones negativas o preocupaciones constantes respecto a su cuerpo, suele tener más gravedad en mujeres jóvenes, en cambio las mujeres más mayores se involucran más en las consecuencias negativas que puede tener el uso de los tratamientos complementarios (Juárez y Landero, 2012).

Uno de los factores relacionados con la imagen corporal y cáncer de mama, es el tipo de cirugía realizado, ya que en muchos estudios se ha establecido una relación significativa de que las mujeres que presentan una mastectomía tienen una imagen más distorsionada de su cuerpo que aquellas que presentan una cirugía conservadora o una cirugía local (Juárez y Landero, 2012). Como se ha podido observar a lo largo del estudio, los senos tienen una gran significación, pero la mayoría de ella, es la que otorga la sociedad, y esto influye en la mujer en pensar que su pérdida generara un gran impacto emocional ante los demás (Aguilar, Sánchez, Mur, Gómez y Sánchez, 2014). Las constantes quejas que manifiestan las mujeres con cáncer de mama es la forma de vestir, el impedimento constante de verse desnuda ante el espejo o hacia otra persona incluso aunque sea de confianza, y constantes pensamientos o emociones negativas y vergüenza respecto a su cuerpo (Vásquez, Antequera y Blanco, 2010).

Por lo tanto, lo importante no es el cambio físico que ha experimentado la persona, sino el significado que ella le atribuye a esta situación, ya que para algunas mujeres esto lo consideran una marca de lucha y de curación de la enfermedad, pero a otras les puede suponer un cambio significativo y drástico provocando una menor autoestima, y relacionándolo con la muerte y enfermedad (Cardona y Herrera, 2018). Esto sucede porque muchas mujeres a lo largo de su vida han interiorizado la presencia de la mama como símbolo de feminidad, belleza y atractivo, por ello, su pérdida provoca más afectaciones negativas (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007)

Una herramienta adecuada para tratar las diferentes preocupaciones, inquietudes o emociones negativas es la participación en las terapias grupales, esto fomenta la interacción interpersonal con otras mujeres que han pasado esta misma situación, esto les permitirá dar más apoyo para enfrentar dicha situación, mejorar su autoestima y aceptar su nuevo aspecto físico (Narváez, Rubiños, Cortes -Funes, Gómez y García, 2008). Por ello es muy importante potenciar una serie de estrategias, como acompañar a la persona en el proceso hasta que se produzca una mayor aceptación de dicha pérdida, e incluso si tenemos que recurrir a otros profesionales para que la persona pueda llevar dicho progreso lo mejor posible; incrementar el apoyo social; potenciar su autoestima y favorecer estrategias de afrontamiento para evitar situaciones incómodas o no adecuadas que agraven la situación, y así poder conseguir una mejor recuperación efectiva en su vida continuada (Cardona y Herrera, 2018).

4. Representaciones sociales de la mujer que sufre cáncer de mama.

Las representaciones sociales nos permiten a las personas, tanto hombres como mujeres, explicar o comprender el mundo social que nos rodea. Estas representaciones permiten elaborar emociones, sentimientos contradictorios, crear nuevas relaciones interpersonales, uso de estrategias adecuadas en diversos contextos, etc. Por lo tanto, las representaciones sociales se tratan de un proceso dinámico (Ossa, 2012). En la cual permiten a la persona experimentar y afrontar diferentes vivencias a lo largo de la vida, en la cual pueden aparecer cambios constantes e inesperados, algunos adversos y otros positivos, a los cuales se tiene que enfrentar la persona de la manera más adecuada. (Lima, Feres-Carneiro y Seixas, 2017). Por ello, cuando se diagnostica el cáncer de mama, muchas personas tienen una representación general de lo que consiste este término, sobre todo caracterizado por una connotación negativa, ya que conlleva una gran cantidad de alteraciones que afectara al organismo, y con ello provocara repercusión en la identidad femenina, en el aspecto corporal y relaciones personales (Lima, Feres-Carneiro y Seixas, 2017). La mayoría de las representaciones que se realizan ante la presencia de una enfermedad está compuesta por continuos mitos, creencias, valores culturales, conocimientos científicos, etc. (Giraldo y Arango, 2011).

La cultura se tiene que entender como conjunto de participación social en el cual intervienen normas y valores, pero también presenta una gran variedad de significados respecto al entorno social en la cual percibe la propia persona. La diferencia de sexos entre el cuerpo femenino y masculino, es prácticamente visual, pero muchas de nuestras sociedades utilizan dicha diferencia para también establecerlo a nivel social, es decir, las funciones que debería tener cada persona o rol en función de su género ante la sociedad (Alcover, 2013).

Un elemento importante que se valora constantemente en nuestra sociedad son las subjetividades que se utilizan con la finalidad de reevaluar el significado del entorno social. Está formando por diferentes apreciaciones que puede tener una persona ante una situación determinada, la percepción sobre dicha situación y la manera que lo afronta, en función de las capacidades y habilidades que haya desarrollado a lo largo de su vida. (De la Garza, sf). Así pues, los cuerpos también están constituidos por subjetividades, ya que la sociedad ha marcado un significado determinado o valor específico a la figura corporal o a las diferentes partes de dicho cuerpo, especialmente el cuerpo de la mujer, por ejemplo, ocurre con el concepto de belleza o feminidad respecto al cabello, el pecho, la silueta corporal, etc. (De la Garza, sf).

El autor Abric, considera que las representaciones sociales están formadas por cuatro elementos principales, son (Ossa, 2012).

- Función del saber. Nos permite identificar la comprensión que tiene la persona respecto a su entorno o realidad.
- Función identitaria. Nos permite identificar la identidad de la persona, en la cual se realiza la diferenciación de conductas como femenino y masculino.
- Funciones de orientación. Se basa en comportamiento o conductas que siguen unos normas, reglas y expectativas determinadas por la sociedad.
- Funciones justificadoras. Se trata de la emisión de razones que da una persona para verificar a posteriori si sus conductas o comportamiento han sido adecuados respecto a las situaciones a la cual se ha enfrentado.

La mayoría de mujeres consideran que se encuentran ante una sociedad en la cual les oprimen en su toma de decisiones, no tienen dependencia para realizar todas las actividades que desean, y se suelen sentirse representadas en un nivel inferior de subordinación en comparación con los hombres (Alcover, 2013). Por lo tanto, se puede observar que el comportamiento general de las mujeres respecto a la feminidad está influenciado verdaderamente por las representaciones que impone la sociedad. Dicha sociedad establece una serie de demandas, en las cual la mujer las tiene que cumplir, no por funcionalidad simplemente por corresponder a un determinado genero (Cardona y Herrera, 2018). Si nos situamos en el caso de mujeres que se le han diagnosticado un cáncer de mama, la perdida de la mama o de otros atributos presenta un gran significado de perdida para dicha persona, (Alcover, 2013), en lo cual generara cambios de manera inmediata y significativos respecto a su figura corporal, y ocasiona una afectación en su estado emocional, menor calidad de vida y alteración en el funcionamiento social y laboral (Fernández, 2004). Tenemos que tener presente que muchos pacientes que padecen cáncer, independiente del tipo que sean, puede llegar a manifestar la presencia de algún trastorno de imagen corporal. Normalmente se suele caracterizar por la presencia de los siguientes síntomas: (Fernández, 2004).

- Cambios constantes en el aspecto físico provocando una alteración en el funcionamiento cognitivo, emocional o conductual. Todas estas conductas generan en la paciente un gran descontento respecto al nuevo aspecto físico ocasionado por el cáncer.
- Constantes sentimientos de angustia o malestar que afectan en la calidad de vida de la persona.
- Las alteraciones generan un retraimiento en la capacidad de ejecutar funciones que anteriormente lo realizaban de manera adecuada.

El autor White (2000), consideraba que cuando se presenta discrepancias relevantes entre el nuevo aspecto físico o funcional del cuerpo actual en relación con la representación subjetiva que tenía el sujeto de manera mental, la persona tiene mayor probabilidades en desarrollar un trastorno de imagen corporal, ya que de manera inmediata esta disconformidad dará lugar a la presencia de emociones y sentimientos negativos, lo cual conduce a la realización de determinadas conductas que interfieren en el funcionamiento de su vida cotidiana.

Por consiguiente, nuestra sociedad está centrada en el aspecto corporal, y todas las reglas o normas que se establecen respecto a ello. Nuestra sociedad considera la representación del cuerpo como un elemento clave y fundamental para llegar a conseguir el éxito, tanto social como laboral (Fernández, 2004). Cuando se produce el diagnóstico de cáncer de mama, el principal

miembro afectado serán los pechos, generando grandes afectaciones en la mujer. Las mamas han tenido una gran significación a lo largo de la historia tanto en la ámbito social y político en diferentes culturas. La mayoría de culturas o sociedades consideran las mamas como un elementos esencial y representativo de la identidad de la mujer, ya que está influenciada por una parte biológica, porque es el único miembro que tiene la capacidad para amamantar a sus crías y mantener con ellas una relación afectiva única entre madre e hijo/a, pero también tiene un significado ante la sociedad de erotismo, sensualidad y feminidad, incluso muchos consideran dichos elementos como condiciones fundamentales que definen a una mujer (Lamas, 2002). Otro aspecto frecuente en nuestra sociedad, es el concepto de feminidad. La feminidad está asociada al cuerpo de la mujer con la finalidad de ser atractiva o deseable para los hombres, en los cuales el pecho, recobra mayor representación simbólica, ya que se considera un símbolo de sensualidad y erotismo. Este concepto está muy presente en nuestra sociedad, y nos lo trasmite de forma frecuente a través de diferentes medios de comunicación (revistas, anuncios, programas, películas, etc.) (García y Domínguez, 2011). Este tipo de conductas está basado en estereotipos producidos por la propia sociedad, en la cual consideran que el cuerpo de la mujer siempre tiene que tener un aspecto saludable, pero no por ellas mismas, sino para que la propia sociedad les acepte dentro de los parámetros creados, y a este comportamiento se le suma la capacidad de exponerlas como objetos sexualizados ante los hombres. En el caso de una mujer mastectomizada, esta situación se ve alterada, porque constantemente surgen pensamientos negativos y de insatisfacción respecto a su cuerpo, ya que la falta de un pecho, no le hace cumplir las normas establecidas, y muchas de ellas consideran que dicha situación les hará perder su belleza o seguir siendo atractivas, o incluso puede llegar a sentirse menos mujeres (García y Domínguez, 2011).

Si no existiera todos estereotipos creados sobre la belleza de la mujer, y se enseñaría que cada diferencia que presentan las personas es lo que define el concepto de belleza, podría llegar a disminuir considerablemente muchas sensaciones negativas que tiene las mujeres, e incluso algunos hombres actualmente, respecto a su aspecto físico corporal.

5. Discriminación y mutilación del cuerpo.

Muchas mujeres tienen que acarrar a lo largo de su vida una gran presión respecto el aspecto físico y el concepto belleza inaccesible ejercida por la sociedad, mientras que los hombres no son sometidos a dicha presión, y se propone un mayor esfuerzo hacia el desarrollo de sus habilidades o capacidades. (Giraldo y Arango,2011). Incluso la autora Saffon considera que el cumplir unos estándares de belleza determinados predomina más a la persona a conseguir un cierto rango social dentro de la sociedad en comparación con aquellas personas que no cumplen dichos prototipos fijos (Giraldo y Arango,2011).

Tenemos que entender que verdaderamente el cuerpo, como manifiesta la autora Elsa Muñiz (2011) se trata de un constructo cultural, en el cual su significado ha sido producido por los diferentes medios de comunicación relevantes de cada época, en la cual la persona ha estado influenciada por varias perspectivas como el ámbito educativo, religioso, genero, etc.

Por lo tanto, observamos que en nuestra sociedad actuales centran en la imagen corporal, esta variable se corresponde con lo que la persona piensa, siente, percibe o realiza conductas respecto a su cuerpo. Este concepto está mucho más influenciado hacia las mujeres, y sobre todo causara una mayor alteración en el caso de aquellas que sufran un cáncer de mama, ya que es una enfermedad que causa una gran disconformidad con el aspecto físico, y como consecuencia la propia paciente presenta un sentimiento negativo o de insatisfacción por la nueva apariencia física de su cuerpo, además esto ira acompañado de la presencia de cambios

en el ámbito afectivo, sexual y la autoestima. Este tipo de sentimientos que presenta la mujer con cáncer se produce porque constantemente se realiza una comparación con el prototipo ideal que ha formado la sociedad, y ella observa que no se encuentra dentro de estos parámetros, por lo tanto, conlleva al desarrollo negativos que afectaran en su calidad de vida. Todas estas alteraciones que presenta la mujer con cáncer de mama pueden ocasionar unos efectos nocivos en su salud y en su entorno, dando lugar a una discriminación o no aceptación por parte del entorno en relación con el nuevo aspecto físico o la gravedad que conlleva la enfermedad (Giraldo y Arango,2011). Muchas mujeres, son ellas misma que se separan de la sociedad o marginan con constantes pensamientos y sentimientos negativos que afectan a diferentes ámbitos de su vida personal, porque considera que su nuevo aspecto no viene establecido por los límites de belleza de dicha sociedad en la que conviven (Osornio, 2017).

El autor Blanco Sánchez (2010) considera que las mujeres se encuentran más discriminadas y presionadas ante dichas situaciones estereotipadas, ya que siempre sociedad les otorgado un mayor valor a la belleza o el cuerpo respecto a la mujer y no tanto en los hombres.

Es importante enseñar a las mujeres desde la infancia el concepto de empoderamiento, es el único camino para acabar con los estereotipos establecidos por la sociedad, respecto a la belleza y el género. Esto permitirá que las diferencias entre mujeres o incluso mujeres con mastectomía, tanto radical como local, no sigan estas normas establecidas por la sociedad, sino permitirá crear sensaciones positivas sobre su propio cuerpo, dando lugar a una mayor autoconfianza, autovalor y toma de decisión respecto al físico o en cualquier otro ámbito, ya que solo dependerá sus acciones y no de la sociedad. (Schuler, 1997). Este tipo de conductas resultaran muy beneficiosas para todas las mujeres, pero sobre todo para aquellas que presenten alguna alteración física, o en este caso, cáncer de mama, porque dejarían de tener una mayor presión por parte de la sociedad, y gracias a esto, las mamas tendrían la importancia que les otorguen ellas mismas pero no que estén cargadas del significado que les concede la sociedad, y como consecuencia de ello, las mujeres con cáncer de mama no presentaría tantos problemas psicológicos durante todo este procedimiento. (León, 1997; Meza et. al., 2002).

Uno de los aspectos que más verbaliza las pacientes de cáncer de mama es la mutilación del cuerpo. No solo se mutila las mamas, sino que también se produce la mutilación de la imagen corporal. Es una situación muy traumática la pérdida de un miembro significativo para la propia mujer, por ello, realizan muchas conductas de evitación para evitar la confrontación ante esta situación como no mirarse en el espejo, no rozar esa zona o evitar ropa con demasiado escote, tener un aporte económico para pagar el coste de la prótesis, dificultad para comprarse ropa interior o ropa de baño, ya que tiene que ser especializada para esta situación, etc. Además, la extirpación de las mamas no solo tiene una afectación física, sino que también ocurre una gran alteración en la imagen corporal de la persona la cual dará lugar a mayores sentimientos de inseguridad respecto a su cuerpo y a las relaciones de intimidad. A la perdida de este pecho las mujeres lo interpretan como un aspecto de incompletud, en la cual no consigue sentir una mujer completa (Blanco Sanchez,2010; Lagarde, 2003).

Esta situación la podría llegar a explicar mejor la teoría del mapa de esquema corporal sexuado, considera que cuando la persona sufre un cáncer de esta tipología, tan característico y con tanta afectación en el cuerpo de la mujer, se rompe la imagen que tenía presenta la persona sobre ella misma, y, por lo tanto, tiene que afrontar y aceptar esta nueva situación (García y Domínguez, 2011). Por lo tanto, la mayoría de mujeres que pasan por una mastectomía suelen presentar síntomas de impotencia, ansiedad y depresión, en lo cual se refugian en el apoyo social de sus familiares y sus amigos. Muchas de ellas recurren a la reconstrucción porque es una alternativa a recuperar su aspecto anterior, que como consecuencia producirán un nivel

más elevado de autoestima y disminución de la afectación visual respecto a la imagen corporal. (Frinck y Forero, 2011; Rincón, Pérez, Borda, y Martín, 2012).

Capítulo IV. Discusión Final.

A lo largo de este estudio se ha podido observar la gran influencia que tienen los estereotipos creados por la sociedad, en especial en las mujeres, y con mayor repercusión en aquellas mujeres que son diagnosticadas de cáncer de mama.

El cáncer de mama es una enfermedad muy frecuente en la sociedad en la cual vivimos, que puede aparecer en cualquier momento de la vida de la mujer (Moreno, Gutiérrez y Zayas, 2017). En la actualidad se ha convertido en una enfermedad muy frecuente entre la población femenina, caracterizada por la presencia de grandes consecuencias negativas en distintos ámbitos tanto psicológicos, sexuales y familiares (Juárez y Landero, 2009). No solo es la presencia del tumor lo que causa gravedad, sino también los tratamientos quirúrgicos u otros adyuvantes que se aplican a esta afección para disminuir o eliminar la propagación de las células cancerígenas. Los tratamientos más frecuentes para estos casos son la mastectomía, quimioterapia, radioterapia y hormoterapia, la mayoría de ellos causan una disminución de la calidad de vida de la mujer por la gran cantidad de consecuencias negativas que producen (Parra, García y Insuasty, 2011). La elección del tratamiento varía en función de las características de la enfermedad y de cada mujer (dimensión del tumor, edad del paciente, etapa de la enfermedad, etc.) (Cardona y Herrera, 2018).

La principal causa visual del tratamiento quirúrgico y complementarios es la alteración en el aspecto corporal de la mujer. No solo se trata de un problema físico, sino también ocasiona una gran cantidad de sensaciones negativas que repercuten en el desarrollo de conductas de insatisfacción sobre su propia imagen, acompañado de menor autoestima, problemas de identidad de género, ansiedad, depresión y problemas sexuales (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010; Fernández, 2004). Por lo tanto, este hecho tan adverso y repentino hará que la mujer se vuelva más vulnerable ante su entorno, futuro o sobre sí misma. Además, la mayoría de ellas, después del diagnóstico consideran este evento como un factor amenazante de pérdida de uno de sus miembros o incluso de su vida (Aguilar, Sánchez, Mur, Gómez y Sánchez, 2014; Martínez, Camarero y López, 2014)

Frente a esta situación la mujer puede optar diferentes tipos de estrategias de afrontamiento. Por ello, este elemento se vuelve clave en el proceso de adaptación. Los dos tipos más habituales que suelen presentar son, afrontamientos centrado en el problema o centrado en las consecuencias emocionales (Moreno, Gutiérrez y Zayas, 2017). Cuando dicho afrontamiento es adecuado ante la situación, la persona manifiesta un menor número de recaídas y mayor optimismo de recuperación, por lo tanto, esto se verá reflejado en el aumento de calidad de vida. En cambio, cuando este afrontamiento es incorrecto suele presentar consecuencias negativas, sobre todo hostilidad, visión negativa, ansiedad, depresión y pensamientos recurrentes con una elevada afectividad negativa (Plaza y Rosario, 2013). Para determinar si la mujer ha escogido una estrategia adecuada ante dicha situación se valora su calidad de vida (Pintado, 2013). Algunos elementos que podemos tener en cuenta como señales ante el tipo de afrontamiento que realizara la mujer son la capacidad de resiliencia y la personalidad tipo C. La mayoría de personas con resiliencia suelen elegir un tipo de afrontamiento correcto, pero además ante los eventos adversos extraen un aprendizaje de la situación (Parra, García y Insuasty, 2011). Y aquellas mujeres que presentan una personalidad tipo C, normalmente este tipo de personas suelen utilizar estrategias basadas en emociones o sensaciones negativas.

(Plaza y Rosario, 2013). En consecuencia, todos los esquemas cognitivos que había creado la mujer a lo largo de su vida con la intervención de las diferentes experiencias que ha vivido, se han destruido, y tiene que volver a reconstruir nuevos esquemas para poder adaptarse a esa nueva situación (Belber, Valencia y De la Viuda, 2018).

El primer síntoma que suelen manifestar las mujeres tras el diagnóstico de cáncer de mama es miedo, temor e incertidumbre ante los diferentes tipos de cirugía, tratamientos complementarios y consecuencias tanto de la propia cirugía como de los efectos del tratamiento (alopecia, vómitos, pérdida de peso, recaídas, etc.) (Plaza y Rosario, 2013). Después de la intervención quirúrgica adecuada se observa que una de las principales alteraciones corporales son las mamas. Las mamas quedan extirpadas, dependiendo de cada caso, puede ser una o ambas, o también una cirugía parcial o sin extirpación completa. Sin embargo, todas las situaciones de extirpación, crean un gran sentimiento de insatisfacción respecto a su cuerpo (Oliveira, Batanho, Cabello, & Kakuda, 2012), disminuyendo el nivel de autoconcepto y autoestima, junto con síntomas negativos, depresivos y aislamiento (Parra, García y Insuasty, 2011).

La gran cantidad de síntomas negativos que provoca dicha pérdida viene asociada con las diferentes significaciones que les ha otorgado la sociedad a las mamas. Nuestra sociedad considera estos miembros como símbolo feminidad, sexualidad y maternidad (Plaza y Rosario, 2013). Muchas mujeres después de la extirpación de pecho se sienten menos mujeres o atractivas ante los demás e incluso ante ella misma (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010). Las dos consecuencias más significativas, a parte de las físicas y psicológicas, es la afectación en el ámbito sexual y familiar. Respecto a las parejas, presentan continuos problemas en la intimidad, ya que ellas se sienten menos femeninas y seguras con su cuerpo, por ello, sienten una profunda vergüenza, lo cual les hace realizar constantes conductas de evitación y preocupaciones como evitar que su pareja las vea desnuda, y esto conlleva a menor disfrute durante el acto. Una de las mejores intervenciones es la comunicación entre ambos respecto a este tema. (Vázquez, Antequera y Blanco, 2010) que en el área familiar se ejercerá grandes distorsiones tanto por el cambio de roles entre los componentes de la familia y la presencia de nuevas responsabilidades que tendrán que asumir. De la misma manera, la familia se convierte en un pilar fundamental en la vida de la mujer que sufre cáncer de mama (Juárez y Landero, 2009)

El cáncer de mama como se ha podido estudiar no solo crea consecuencias adversas ante el aspecto físico o biológico, sino también tiene una repercusión significativa en el ámbito emocional o psicológico provocado por la extirpación de la o las mamas. La pérdida de las mamas hace que las mujeres se sientan menos seguras consigo mismas, con menor autoestima e insatisfacción con su nuevo aspecto, e incluso como se ha comentado, muchas referencian que se sienten menos mujeres. Muchas de las actitudes adversas que sienten están influenciadas por la sociedad sobre lo que significa ser mujer, belleza y roles que debe presentar las mujeres. Es decir, todas las actitudes se ven influenciadas por los estereotipos creados por la sociedad que se reflejan con una mayor intensidad en las mujeres que sufren este tipo de cáncer (Sánchez, 2001).

Por lo tanto, para acabar desarrollando estas actitudes negativas que se manifiestan en la mayoría de mujeres con cáncer de mama, influyen varios componentes, entre ellos los más principales son el género, la estigmatización y los estereotipos. El género, se trata de un concepto influenciado por una gran cantidad de mitos o símbolos culturales que ocasiona diferentes roles, dando lugar a unos comportamientos específicos para hombres propio de su masculinidad y otros para mujeres relacionado con su feminidad (Hyde, 1995). En muchas

familias, las mujeres aceptan estos roles tradicionales, y cuando se produce el diagnóstico de cáncer de mama, da lugar a una ruptura de dicha estabilidad, provocando cambios significativos respecto al cuidado y la variabilidad de responsabilidades. La mayoría de veces la familia (marido, hijos, etc.) adopta un rol más activo de cuidado para la mujer, mientras que la propia mujer adopta un rol más pasivo para recibir dicho cuidado. Mientras que la estigmatización, se trata de un elemento importante que afecta a las mujeres con cáncer de mama de manera drástica, ya que dichas mujeres se sienten señaladas por la enfermedad. Además, la mayoría de la sociedad asocia el término de cáncer con muerte o la presencia de enfermedad muy grave o terminal. Sin embargo, esto no siempre ocurre así, incluso se podría decir que son menos los casos que se producen de dicha manera, ya que la mayoría de ellos se suele detectar a tiempo, y muchas mujeres se suelen recuperar de manera correcta (Sánchez, 2001).

Y por supuesto unos de los elementos en los cuales se basa nuestra sociedad son los estereotipos. Están compuestos por diferentes mitos, creencias o suposiciones que la sociedad ha ido acarreado, y que determina la forma de actuar, de comportarse e incluso de pensar. Presentan una gran diferencia de actitudes entre los hombres y las mujeres, que incluso puede conllevar algunas veces a discriminación entre ambos sexos (García, 2005). Estos estereotipos han generado una sociedad basada principalmente en el aspecto corporal, con mayor presión en las mujeres (Sánchez, 2001). Es decir, el objetivo de nuestra sociedad es conseguir un cuerpo perfecto, según las normas o reglas fijas que han determinado dicha sociedad. Este estereotipo es inaccesible, y cuando las mujeres se ven expuesta ante el incumplimiento de este, inician un mayor rechazo a su propio cuerpo o sensaciones negativas o de insatisfacción con su aspecto corporal (Díaz, 2010).

Por consiguiente, la imagen personal es un parámetro básico para la sociedad, en la cual muestra como las mujeres perciben, imaginan, piensan o sienten su propio cuerpo, pero todas estas actitudes están involucradas por actos u opiniones de la sociedad (Aguilar, Sánchez, Mur, Gómez y Sánchez, 2014). Dicho parámetro se ve agravado con mayor intensidad en las mujeres que sufren de cáncer de mama, ya que las el cáncer de mama se considera un tipo de cáncer que afecta principalmente al aspecto corporal, en especial a las mamas. Lo cual nuestra sociedad considera el tener un pecho bonito como símbolo de mayor sexualidad, bellas y feminidad (Victoria y González, 2007). De modo que, las mujeres que viven en este tipo de sociedad, cuando se produce la pérdida, muchas de ellas presentan sentimientos de deformidad e incluso muchas verbalizan que se siente mutiladas. Este proceso para las mujeres tiene un gravedad elevada y drástica para su vida, en la cual manifestara sentimientos de incompletitud que puede llegar a generar trastornos como consecuencias de la pérdida del miembro (Juárez y Landero, 2012). Cuando se produce la pérdida, la mujer siente una gran presión por parte de la sociedad con los constantes estereotipos de belleza y feminidad, y la continua información que se le trasmite de dicha temática, generando la sensación de sentirse menos mujer (Giraldo y Arango, 2011). Se trata de un proceso doloroso y de constante negación ante este nuevo aspecto corporal, que, con el paso del tiempo, puede disminuir el nivel de dolor, pero en la mayoría de mujeres surgen una gran cantidad de conductas de evitación, como no verse desnuda ante el espejo u otra persona, no poner ropa con demasiado escote, evitar tocarse la zona, etc. (Díaz, 2010).

De modo que el concepto "Belleza" ha sido muy variado y utilizado por diferentes épocas con la presencia de características particulares, pero tiene un elemento común dichas características que nunca han plasmado a la mujer real de la sociedad en la cual convive, y la mayoría de mujeres ejercía diferentes procedimientos, a veces dolorosos, para conseguir encajar en dichos parámetros, y cuando esto no ocurría se manifestaba una nivel de insatisfacción elevado con

ellas mismas, mayores inseguridades, menor autoestima y la presencia de sentimientos negativos (Caceres y Diaz, 2008).

A través de este estudio bibliográfico, se puede comprobar que verdaderamente los estereotipos tienen una gran influencia en las personas, en especial, en las mujeres. La mayoría de mujeres tiene interiorizado estas normas y las llevan a cabo de manera inconsciente, y se puede demostrar cuando la mujer se sale de dichos prototipos las grandes consecuencias negativas o psicológicas que se generan. El concepto de belleza se ha construido a partir normas determinadas por la sociedad, que ejercen de manera constante una presión en las mujeres, y la situación se empeora cuando la mujer se enfrenta a un cáncer de mama, con todas las consecuencias físicas, biológicas y psicológicas que provoca por si solo la enfermedad, más la presión exterior acabar desarrollando consecuencias deteriorantes en su calidad de vida. Por lo tanto, el primero objetivo es acabar con este tipo de conductas, y una de las maneras es el empoderamiento. Se basa en una conducta en la cual se les enseñe a las mujeres a ser y sentirse bien con ellas mismas, independientemente de lo que diga la sociedad, su cuerpo, es suyo, y, por lo tanto, puede hacer cualquier conducta que sea beneficiosa para ellas, y la toma de decisión respecto a esto será únicamente suya (Osornio, 2017).

Este tipo de conducta mejora la perspectiva de la mujer, pero sobre todo ejercer una mejora en todas las mujeres con cáncer de mama. Posiblemente este cambio de conducta, hará que dichas mujeres no se sientan tan presionadas, que se centran más en su propia salud, realizando todas las conductas de prevención, pero con el objetivo de mantenerse saludable, y no como meta principal mantener un nivel estético que corresponda con las normas que determinan la sociedad. Es decir, que el termino estético pase a segundo plano, y que ellas se sientan seguras de sí mismas, tanto si tiene un pecho, dos o ninguno (Osornio, 2017).

Referencia Bibliográfica.

1. Andreu Vaillo, Y., Galdon Garrido, M.J y Ibanez Guerra, E. (1991). Reacciones emocionales a través del estado en el cancer de mama. *Psicotherma*, 3(2), 283-296.
2. Aguilar Cordero, M.J., Neri Sánchez, M., Mur Villar, Norma., Gómez Valverde, E. y Sánchez López, A.M. (2014). Percepción de la imagen corporal de la mujer intervenida de cáncer de mama y residente en la ciudad de Granada. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 20 (1), 2-6.
3. Alcocer, C. (2013), *Reconfiguración de las subjetividades femeninas: la ausencia del seno por cáncer de mama*, Tesis, Guadalajara, México, Universidad jesuita de Guadalajara.
4. Alcocer-Yáñez, C. M. (2013). Reconfiguración de las subjetividades femeninas: la ausencia del seno por cáncer de mama. (Tesis de maestría).
5. Alvarado Steller, V., y Sancho Bermudez, K.(2011).La belleza del cuerpo femenino. *Revista electrónica de estudiantes de la escuela de psicología*, 6(1), 9-21.
6. Aparicio Miguel, Y. (2013). La salud de hombres y mujeres bajo el enfoque de género. (Trabajo de grado).
7. Aranda, S. y Múzquiz, A. (1997). La influencia de las prácticas de crianza y el género en la autoestima del adolescente: análisis retrospectivo. Tesis de licenciatura en psicología

8. Baile, J.I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades*, 2, 53-70.
9. Bandura, A. y Walters, R. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Rine hart and Winston.
10. Barbera, E. y Martínez, B. (2004). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana. Psicología y Género*.
11. Blanco-Sánchez (2010). *Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico. Departamento de enfermería Cerdanyola*.
12. Blanco Sánchez, R. (2011). *Cáncer de mama y maternidad. Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 22.
13. Burin, M. (2008). *Las "Fronteras de Cristal" en la Carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización*. *Anuario de Psicología*, 39 (1), 75-86.
14. Butler, J., (2013), *"Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Wittig y Foucault"*, en Seyla B., *Teoría feminista y teoría crítica*, Valencia, Alfons el Magnànim. (sin datos).
15. Cáceres Zapatero, M.D y Diaz Soloaga, P. (2008). *La representación del cuerpo de la mujer en la publicidad de revistas femeninas. Universidad Complutense de Madrid*, 14, 309-327.
16. Cardona Betancur, A.M y Herrera Areiza, D.A (2018). *Comprender la vivencia de la imagen corporal en mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama y que se sometieron a tratamientos con quimioterapia, radioterapia y/o mastectomía. (Tesis de grado)*.
17. Carver C., Smith R., Antoni M., Petronis V., Weiss S. ,Derhagopian R. (2005). *Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. Health Psychology* 24 (5): 508–516.
18. Ceballos Fontes, M.M (2015). *Roles de género y personalidad tipo C en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. (Tesis para grado)*
19. Celis, E., y García, C. (2014). *La incidencia de la gestión de la comunicación en la estrategia corporativa. Informes Psicológicos*, 14(1), 65-89.
20. Celorio, A. (1986). *Fundamentos de oncología ginecológica. Madrid: Díaz de Santos*. (Sin datos).
21. *Conselleria presidencia Institut Balear Dona. Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes e igualdad. Modulo 1. De la desigualdad a la violencia: dos caras de la misma moneda. (sin datos)*.
22. De la Garza, E. *"Subjetividad, cultura y estructura" en Biblioteca Virtual de CLACSO (<http://www.clacso.org>)*
23. Díaz Facio Lince, V. E. (2010). *Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama Pensamiento Psicológico*, 7(14) ,155-160.

24. Fernández A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (2): 169-180.
25. Fernández M.S., de González M.O., Múnera A.M. (2002). La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 179-183.
26. Fernandez Hawrylak, M., Hernandez Maillo, L. y Martinez Garcia, I. (2018). Comunicación intra-familiar y cancer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 103-118.
27. Font, A., y Cardosa, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
28. Flórez Lozano, J. La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. *Edika Med. Barcelona*, 85.
29. Frinck, C., & Forero, M. J. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 3 (1), 7-27.
30. Fuentes, S., y Blasco, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncología. *Psicooncología*, 7(1), 51-60.
31. Garcia Alvarez, G. (2013). El cáncer de mama. Canales de mecánica y electricidad. (sin datos).
32. García Arroyo, J.M y Domínguez López, M.L. (2011). El problema de la imagen corporal y de la feminidad en las mastectomizadas. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 8(1).
33. García, C. R., y González, M. (2007). Bienestar Psicológico y cáncer de mama. *Avances de psicología latinoamericana*, 25 (1), 72-80.
34. García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Psychological Writings*, 7(7) 71-81.
35. Garcia Lumbreras, S., y Blasco, T. (2008). Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 155-170.
36. Graiottin A., Rovei V. (2007). Sexuality after breast cancer. *Sexologies*, 16, 292-298.
37. Gimenez, G. (s/f). La cultura como identidad y la entidad como cultura. *Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM*. 1-29
38. González Gavaldón, B. (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar*, 12, 79-88.
39. González-Robledo, L. M., González-Robledo, M. C., Nigenda, G., López-Carrillo, L. (2010). Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro. *Salud Pública Méx*, 52(6), 533-543.

40. Granados G, Herrera G, (2010). *Procedimientos médico quirúrgicos*. 4ª Ed. México: Mc Graw Hill.
41. Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., Gonzalez, S., y Mestre, J.M. (2016) Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1),127-138.
42. Gutierrez Schiavon, C. (2015). Nutriendo almas: taller de autoestima e imagen corporal en mujeres con cancer de mama a traves del enfoque centrado en la persona. (Tesis de grado).
43. Juarez Garcia, D.M y Landero Hernandez, R. (2012). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Revista electrónica Nova Scientia*,4 (7), 17-34.
44. Haber, S. (2000) Cáncer de mama: manual de tratamiento psicológico, PAIDOS.
45. Héritier-Augé, Françoise: "Mujeres ancianas, mujeres de corazón de hombre, mujeres de peso." En: "Fragmento para una historia del cuerpo humano" Tercera Parte. Editado por Michel Feher con Ramona Naddaff y Nadia Tazi. Ediciones Taurus. España, 1992. Pág. 295 .
46. Hyde, J. (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana* (5ª Ed.). Madrid: Morata.
47. Juárez García, D.M y Landero Hernández, R. (2011). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova Scientia*, 4(7), 17-34.
48. Kirby, B., y Copeland, E. (2007). La mama: manejo multidisciplinario de enfermedades benignas y malignas. (3ª Ed.). *Buenos Aires: Médica Panamericana*.
49. Lamas M. (1996). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *EL GENERO: la construcción cultural de la diferencia sexual*, 327-366.
50. Lagarde, Marcela (2000). Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres. *Instituto Andaluz de la mujer*.
51. León, M., (1997), Poder y empoderamiento de las mujeres. *Bogotá Tercer Mundo. Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia*.
52. Lipovetsky, G., (1999), La tercera mujer: permanencia y revolución de lo femenino, *Barcelona, España, Anagrama S.A*
53. Lizeth Capulin Arellano, M.C. (2014). Un desafío a la feminidad: el cáncer de mama. *Internacional of Good Conscience*, 9(1), 22-31.
54. Lopez Zafra, E., Garcia Retamero, A. D y Eagly,A.H. (2008).Dinamica de estereotipos de género y poder: un estudio transcultural. *Revista de psicología Social*, 23 (2), 213-219
55. Martinez Brito, O., Camarero Forteza, O., Lopez Llerena, I., y More Soto Y. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista científica medica la habana*. (sin datos)

56. Martin, R.A., Lefcourt, H.M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 520-525.
57. Masià, J. (2009) Después del cáncer de mama: Cómo mejorar la calidad de vida durante y después de la enfermedad. *España, RBA Integral*.
58. Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin*, 8, 108-31.
59. Meza, A., (2002), "Progresas y el empoderamiento de las mujeres: estudio de caso en Vista Hermosa, Chiapas", *Papeles de Población, Toluca, México*, (31), 67-93.
60. Moreno Martin, M., Guitierrez Iglesia, D. y Zayas Garcia, R. (2017). Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. *Enfermería Investiga*, 2(1).
61. Muñoz, E., (2011), La cirugía cosmética ¿Un desafío a la naturaleza? Belleza y perfección como norma, México, Universidad Autónoma Metropolitana.
62. Murphy, G., Lawrence, W. & Lenhard, R. (1996). Oncología clínica: Manual de la American Cancer Society. (2ª Ed.). Organización panamericana de la salud. American Cancer Society.
63. Murulo, L. (2004). Sobre los estereotipos de belleza, creados por el sistema, impuestos por los medios de comunicación y sostenidos por la sociedad. *Universidad Nacional de Quilmes*. (sin datos).
64. Narvaez, A., Rubinos, C., Cortes Funes, F., Gomez, R. y Garcia, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo- conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 93-102.
65. Oliveira, C., Batanho, A., Cabello, C., & Kakuda, A. (2012). Instrumentos para avaliar a imagem corporal de mulheres com câncer de mama. *Psicología teoría e prática*, 14 (2), 43-55.
66. Organización Mundial de la Salud. OMS. (2014). *Cáncer de mama: prevención y control*. Consultado 10 de octubre de 2014.
67. Osornio Fuentes, M.G. (2017). Taller y campana social fotográfica de empoderamiento psicológico con perspectiva de genero para mujeres que han pasado por el procedimiento de la mastectomía que participan en la Fundación Soy Vida. (Tesis de postgrado).

68. OSSA A. (2012). Representaciones sociales acerca de la feminidad entre mujeres estudiantes universitarias y trabajadoras.(Tesis de maestria). Universidad de San Buenaventura, Medellin.
69. Palacios- Espinosa, X., Milena Lizarazo, A., Stephanie Moreno, K., y Ospino, J.D. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cancer de mama. *Avances en psicología latinoamericana*, 33(3), 455-479.
70. Palacios X., y Gobzalez M, (2015). Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico. *Avances en la psicología latinoamericana 33(3)*, 497 -515.
71. Parra Gomez, C.E., Garcia Sanchez, L.V y Insuasty Enriquez, J. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cancer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana psiquiatria*, 40 (1).
72. Pintado Cucarella, M.S.(2011). Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cancer de mama. (Tesis doctoral).
73. Poinot R., Brédart A., This P., De La Rochefordière A., Dolbeault S. (2005). *The impact of hormone treatment on the quality of life and sexuality of breast cancer patients. Rev. Francoph Psycho-Oncologie*, 3, 161-169.
74. Roman, J.M (2007). La cirugía en el cancer de mama. *Psicooncologia*, 4(3), 301-310.
75. Ribeiro-Accioly, A. C. L., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2017). Representaciones sociales del cáncer de mama, su etiología y tratamiento: un estudio cualitativo en mujeres en el estado de Río de Janeiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(1), 95-106.
76. Rincón, M. E., Pérez, M. d., Borda, M., & Martín, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11 (1), 25-40.

77. Rodríguez Loyola, Y. y Rosello Gonzalez, J.(2007). Reconstruyendo un cuerpo: implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cancer de mamas. *Asociacion de psicología de Puerto Rico*, 18.
78. Rosenberg M. (1965). *Society and Adolescent Self-image*. Princenton University Press, Princenton NJ.
79. Rocha-Sánchez, T. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de Género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de psicología*, 21 (1), 42-49.
80. Rocha-Sánchez, T. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de Género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. Desarrollo de una escala para la evaluación multifactorial de la identidad de género en la población mexicana. *Anales de psicología*, 21 (1), 42-49.
81. Sanchez, M.E. (2001). *Cancer de mama: algomas que un problema medico*. (Tesis de grado).
82. Sánchez Sánchez, T. (2015). Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicólogo*, 36(1) , 62-73
83. Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J y Mateos, N. (2007) Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participante en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.
84. Schover L., Yetman L., Tuason L., Meiser E., Esselsfym C., Hermann R., Grundfest-Broniatowski S. and Dowden R. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. *A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality*. *Cancer*, 75 (1): 54-64
85. Sherif, C. W. (1982). Needed Concepts in the Study of Gender Identity. *Psychology of Women Quarterly*, 6, 375-398.
86. Tish M. (2006). The influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. *The Oncologist*, 11, 96–110.
87. Vargas Toloza, R.E., y Pulido Leon, S.M (2012). Significados de las vivencias de las pacientes con diagnostico de cancer de mama. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9 (1), 65-78.
88. Vazquez-Ortiz, J., Antequera, R. y Blanco Picabia, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama,7(3), 433-451.

89. Victoria Garcia -Viniegraas, C.R y Gonzalez Blanco, M.(2007). Bienestar psicológico y cancer de mama. *Avances en la psicología latinoamericana*, 25, 72-80.
90. Wayner L., Cox T and Mackay C. (1999). Stress, inmunity and cancer. *Res Psychol Med. Londres*,253-259.
91. Wimberly S., Carver C., Antoni M. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology & Health* 23 (1): 57-72.
92. White CA.(2000) Body Image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-oncology* , 9, 183-92.
- 93.