

IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS

Marta Segura-Valverde¹, Rebeca García-Nieto¹ y Luis Ángel Saúl Gutiérrez²

¹ Fundación Jiménez Díaz, IDC-Salud, Madrid

² Universidad Nacional de Educación a Distancia

Resumen

Objetivo: Estudiar la imagen corporal que construyen las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama tras someterse a intervención quirúrgica, mastectomía radical y cirugía conservadora, tanto en lo referente a aspectos corporales relacionados directamente con la lesión como a zonas corporales no relacionadas, e investigar cómo esa imagen afecta a la autoestima centrada en lo corporal.

Método: Contamos con una muestra de 23 pacientes (12 mujeres mastectomizadas y 11 con cirugía conservadora) y 24 mujeres sanas que sirvieron como grupo control. El instrumento de evaluación utilizado es la Técnica de la Rejilla Corporal. Se analizaron las diferencias entre los grupos mediante ANOVA de un factor y las pruebas no paramétricas *H de Kruskal Wallis* y *U de Mann-Whitney*.

Resultados y conclusiones: Los resultados del estudio han permitido identificar qué aspectos son los más dañados en la autoestima y autoimagen de las pacientes, estableciendo que no existen diferencias significativas en la imagen corporal global y la autoestima centrada en lo corporal entre mujeres mastectomizadas y mujeres sometidas a cirugía conservadora, aunque sí en la imagen que se tiene de las zonas corporales específicamente implicadas en la cirugía. Sí se han encontrado diferencias entre estos dos grupos y el grupo de mujeres sanas en imagen corporal global y autoestima. Los resultados obtenidos permitirán identificar los aspectos de la imagen corporal más afectados

Abstract

Aim: To study the body image built by patients with breast cancer after surgery, radical mastectomy and partial mastectomy, related to body parts directly involved in surgery and not directly related to it, and to investigate how this image affects bodily self-esteem.

Method: Our sample comprised 23 patients (12 had been subjected to radical mastectomy and 11 to partial mastectomy) and 24 healthy women (they served as control group). Participants were assessed with the Body Grid technique. We analyzed the differences between groups using one way ANOVA and non-parametric tests (namely, *H de Kruskal Wallis* and *U de Mann-Whitney*).

Results: Our findings allowed us to identify which were the most damaged aspects about self-esteem and body image in these patients, showing that there were no significant differences in body image and bodily self-esteem between patients subjected to radical and partial mastectomy. However, we found significant differences between body parts directly involved in surgery and those not directly related to it. Finally, we found significant differences between both groups of patients and the control group regarding body image and self-esteem.

Conclusions: Our results show that the Body Grid Technique is helpful to identify the most affected aspects of body image in patients subjected to mastectomy and tailor

Correspondencia:

Marta Segura-Valverde
c/ Quintana 11, 5 planta
28004, Madrid
E-mail: msegurav@fjd.es

en las pacientes y por tanto orientar posibles intervenciones psicológicas futuras hacia la reconstrucción adaptativa y sana de los mismos.

Palabras clave: Imagen corporal, autoestima, técnica de rejilla corporal, cáncer de mama.

psychological treatments aimed at improving body image in these patients.

Key words: Body image, self-esteem, body grid technique, breast cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es, tras el cáncer de pulmón, el segundo más frecuente del mundo. En Europa se diagnostican 370.000 casos al año (27,4%)⁽¹⁾. En España se diagnostican en torno a 22.000 casos cada año (cerca del 30% de los tumores en mujeres que se dan en el país), siendo más frecuente el diagnóstico entre los 45 y los 65 años⁽¹⁾.

El estudio de la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama tiene especial relevancia por su importancia epidemiológica y sus connotaciones psicosociales para las mujeres. En la cultura occidental el pecho de la mujer se relaciona con la sexualidad y el atractivo físico, así como con la maternidad y la lactancia, por lo que para algunas mujeres su pérdida supone también la renuncia a sus deseos de tener hijos⁽²⁾.

Una de las definiciones más aceptadas de la imagen corporal es la que la describe como la percepción que tenemos tanto del cuerpo global y de cada una de sus partes como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos⁽³⁾. Se refiere a cómo pensamos, sentimos, percibimos y actuamos en relación al propio cuerpo. La autoestima, por su parte, implica la valoración positiva o negativa que tiene la persona de sí misma, los sentimientos sobre las características personales y la va-

lencia afectiva de estos⁽⁴⁾. En este estudio nos hemos centrado en la autoestima relacionada específicamente con la imagen corporal, los sentimientos asociados a la percepción que tienen las mujeres mastectomizadas de su propio cuerpo y las implicaciones emocionales que tiene.

En líneas generales, existe evidencia de que las mujeres sometidas a cirugías conservadoras preservan mejor la imagen y la integridad corporal que las que se someten a cirugías radicales⁽⁵⁾. El grupo de Achte⁽⁶⁾ observó un claro efecto negativo de la mastectomía sobre la imagen corporal, manifestado por sentimientos de vergüenza y problemas para verse desnudas. Vázquez-Ortiz et al.⁽⁷⁾ encontraron que el 50% de las mujeres mastectomizadas están preocupadas por la reanudación de las relaciones sexuales, tienen miedo al rechazo de la pareja y perciben una disminución de su interés sexual. Igualmente, tienen más problemas relacionados con la propia desnudez y tienen una valoración más negativa de su atractivo físico. Por todo ello, concluyeron que las mujeres mastectomizadas presentan alteraciones en la sexualidad y en la imagen corporal más allá del primer año tras la mastectomía si no hay intervención psicológica. La vivencia del esquema corporal como fuente de tensión y malestar psicológico se expresa en estas pacientes en temas relacionados con las prendas de vestir, la dificultad para verse desnudas ante el espejo y los sentimientos negativos por verse asimétricas^(6, 8). Esta percepción de la imagen corporal es significativamente diferente a la imagen

corporal premórbida de las pacientes, y el cambio se produce independientemente del estado de otras variables psicológicas clásicas como la ansiedad, la depresión, el autoconcepto o el locus de control⁽⁹⁾.

El estudio de la autoestima y la imagen corporal se ha abordado desde distintas perspectivas dentro del ámbito de la psicología. Aquí nos centramos en la perspectiva constructivista representada por la Teoría de los Constructos Personales (TCP), formulada por George Kelly⁽¹⁰⁾. Según esta teoría, las personas construyen, de forma contextualizada y en base a intercambios interpersonales y socioculturales, su propia realidad. Estas construcciones personales se denominan "constructos". A raíz de la TCP, su autor desarrolla la Técnica de la Rejilla, instrumento de evaluación psicológica que permite explorar el sistema de constructos personales para poder evaluar la estructura y el contenido de los significados con los que se desenvuelve cada persona⁽¹¹⁾. La técnica de la rejilla se ha aplicado en diversos ámbitos relativos a la salud⁽¹²⁻¹⁷⁾. Concretamente, la técnica de la rejilla corporal se ha mostrado útil en el estudio de la imagen corporal en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria⁽¹⁸⁻²²⁾, en mujeres embarazadas y sometidas a programas de fecundación in vitro^(21,23,24), así como en enfermedades hematológicas y cáncer⁽²⁵⁻²⁷⁾, ya que permite elicitar la estructura de la imagen corporal y determinar la aceptación del cuerpo y la integración de sus partes^(21,28,29). La técnica de la rejilla se ha mostrado útil para investigar el significado personal y el impacto que tiene el cáncer para cada persona⁽²⁹⁾.

En lo que respecta específicamente al cáncer de mama y la TCP, hasta ahora se han investigado los efectos de los programas de intervención psicoterapéutica⁽³⁰⁻³²⁾ y psicosocial⁽²⁾, poniendo de manifiesto los beneficios de las intervenciones psicológicas sobre el bienestar y la calidad de vida de estas pacientes.

El principal objetivo de este estudio es explorar la imagen corporal que construyen en las pacientes con cáncer de mama tras someterse a una intervención quirúrgica de mastectomía, tanto en lo referente a aspectos corporales relacionados directamente con la lesión como a zonas corporales no relacionadas, e investigar cómo esa imagen afecta a la autoestima centrada en lo corporal, utilizando la técnica de evaluación psicológica de la Rejilla Corporal. Para ello, planteamos dos hipótesis: 1) La autoestima corporal de las pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía, al menos en lo referente a los aspectos corporales, será más baja y negativa que la del grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora y el grupo control; 2) Las áreas del cuerpo afectadas o posiblemente afectadas por la mastectomía (pecho y axilas) se encontrarán menos integradas en la imagen corporal que las áreas no relacionadas con la intervención (brazos, piel, abdomen, caderas, genitales, piernas, cuello, cabeza y cara) en la muestra de pacientes con cáncer, mientras que en el grupo control se encontrará mayor variabilidad en las áreas que se integran en la imagen corporal, sin encontrarse específicamente afectadas las relacionadas con el cáncer de mama.

MÉTODOS

Participantes

47 mujeres participaron en este estudio: 23 pacientes, de entre 30 y 70 años, diagnosticadas de cáncer de mama en estadio I, II o III e intervenidas quirúrgicamente entre 2010 y 2012 formaron parte del grupo de casos y 24 mujeres sanas, equivalentes en edad y nivel educativo, formaron parte del grupo control. El primer grupo se dividió a su vez en dos subgrupos: 12 pacientes sometidas a mastectomía radical y 11 a cirugía conservadora. Todas las pacientes

fueron atendidas en el programa de Psico-oncología de la Fundación Jiménez Díaz – IDC Salud. Fueron incluidas en el estudio aquellas mujeres con tratamientos adyuvantes de otro tipo (quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal o combinado) antes y/o después de la cirugía. Aquellas pacientes con enfermedad oncológica en estadio IV (metástasis) fueron excluidas (2 pacientes). Además, las mujeres que tuviesen un diagnóstico clínico de psicopatología grave (4 pacientes) fueron excluidas tanto del grupo de estudio como del control.

La selección de la muestra se realizó de forma incidental, y la participación en el estudio fue voluntaria con posibilidad de revocar el consentimiento dado en todo momento.

Instrumentos

Técnica de la Rejilla Corporal

Consiste en una matriz de datos, tabla de doble entrada, compuesta por filas, donde se sitúan los constructos elicitados, y por columnas, donde se sitúan los elementos seleccionados. Se desarrolló una rejilla específica para evaluar la imagen corporal y sus alteraciones basada en el trabajo de Borkenhagen et al.^(21, 28). Un ejemplo de esta técnica aparece recogido en la figura 1.

Se seleccionaron como elementos de la rejilla diversas partes del cuerpo, relacionadas con el cáncer de mama y otras no relacionadas, así como los elementos “*Cuerpo Real*”, “*Cuerpo 5 años antes de la cirugía*” para el caso de las pacientes y “*Cuerpo hace 5 años*” para el caso de los controles, y “*Cuerpo Ideal*”, de tal manera que los 14 elementos elegidos quedaron tal como sigue: *Cuerpo Real*, *Pecho*, *Axilas*, *Brazo*, *Piel*, *Cuello*, *Abdomen*, *Caderas*, *Genitales*, *Piernas*, *Cabeza*, *Cara*, *Cuerpo 5 años antes de la cirugía/Cuerpo hace 5 años* y *Cuerpo Ideal*. En la elicitación de constructos se

tomó el número mínimo de 11 y máximo de 15. Para la elicitación de los constructos se utilizó el método diádico, que consiste en la presentación conjunta de pares de elementos para su comparación. Se presentó cada uno de los elementos referidos a una parte del cuerpo junto con el elemento “*Cuerpo Real*”, siguiendo los trabajos previos de Weber et al.⁽²⁵⁾ y Borkenhagen et al.^(20, 21), aunque en algunos casos, debido a las dificultades para pensar en términos corporales de las participantes, fue necesario recurrir al método monádico, en el que se pregunta por una característica que describa un único elemento. La característica que aparece en respuesta a las preguntas es el llamado polo emergente del constructo. En todos los casos, se solicitaba a continuación que nombrasen la característica que consideraban opuesta a la mencionada, el polo de contraste, para completar así cada uno de los constructos bipolares. Una vez elicitados todos los constructos, se pidió a las participantes que puntuasen la rejilla mediante una escala de intervalo donde 1 (muy), 2 (bastante) y 3 (un poco), se refieren al polo emergente, 4 (punto medio) es un intermedio, y 5 (un poco), 6 (bastante) y 7 (muy) hacen referencia al polo de contraste.

Procedimiento

El reclutamiento de pacientes se llevó a cabo desde octubre de 2011 hasta diciembre de 2012 en el Centro de Salud Mental (CSM) de Argüelles, perteneciente a la Fundación Jiménez Díaz-IDC Salud (Madrid). La primera firmante de este artículo se encargó personalmente de esta fase del estudio. Se contactó por vía telefónica con aquellas pacientes del programa de Psico-oncología que cumplían los criterios de inclusión. Se les explicó el estudio y, en caso de aceptar, se concertó una cita con ellas para explicarles los detalles del estudio. 19 mujeres rechazaron participar en el es-

Figura 1. **Ejemplo de Rejilla Corporal**

				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
				Cuerpo real	Pecho	Axilas	Brazo	Piel	Cuello	Abdomen	Caderas	Genitales	Piernas	Cabeza	Cara	Cuerpo 5 años antes de cirugía	Cuerpo ideal
I	CÁLIDO	I	FRÍO	3	1	1	5	3	1	1	5	1	6	1	6	3	7
II	SUAVES	II	ÁSPERAS	5	2	1	5	6	1	1	6	1	6	1	3	4	6
III	DELGADOS	III	GORDO	6	4	2	1	6	1	5	2	6	1	4	2	3	2
IV	GRUESA	IV	FINA	1	4	5	7	2	6	3	6	2	7	4	5	2	6
V	FIRME	V	DÉBIL	6	2	2	6	6	3	7	4	2	1	3	6	3	1
VI	FLÁCIDO	VI	TENSO	1	6	7	2	3	5	1	1	6	7	7	2	3	1
VII	ESTRECHO	VII	ANCHO	7	6	1	2	1	3	6	1	1	2	2	3	5	3
VIII	OSCUROS	VIII	CLAROS	4	7	3	3	4	6	3	6	2	6	2	3	4	1
IX	LARGAS	IX	CORTAS	1	4	4	1	4	2	4	6	6	1	4	4	1	1
X	LÚCIDA	X	OPACA	3	2	6	6	7	2	4	4	6	3	7	1	3	1
XI	EXPERTA	XI	INEXPERTA	6	6	6	3	7	1	1	3	3	1	7	1	6	1
XII		XII															
XIII		XIII															
XIV		XIV															
XV		XV															

1 Muy		5 Un poco
2 Bastante	4 Punto medio	6 Bastante
3 Un poco		7 Muy

tudio. Para la selección de la muestra control, se contactó con el Equipo de Atención Primaria (EAP) del C.S. Argüelles y se siguió el mismo procedimiento. Tras esto, las mujeres que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado, previamente aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Jiménez Díaz-IDC Salud, en el que se especificó el carácter voluntario de la participación en el estudio, así como la no remuneración a las participantes y la posibilidad de abandonar la investigación

en cualquier momento sin ningún impedimento por nuestra parte. A continuación se llevó a cabo la aplicación de la Técnica de la Rejilla.

DISEÑO

Utilizamos un diseño *ex post facto* de tipo retrospectivo con un único momento de medida de las variables. Se consideró como variable independiente o predictor el Tipo de Cirugía a que se sometieron

las participantes. Es una variable nominal, con tres niveles diferenciados: No cirugía, Cirugía conservadora y Cirugía radical o mastectomía.

Para el contraste de la primera hipótesis, utilizamos como variables dependientes varios índices de autoestima obtenidos a través de la Técnica de la Rejilla Corporal: 1) La correlación Cuerpo Real – Ideal: es un coeficiente producto-momento entre ambos elementos. Como todo coeficiente de correlación varía entre -1 y 1. Las correlaciones positivas y altas indican una autoestima elevada, ya que ambos elementos se perciben muy similares. Si las correlaciones son negativas o muy bajas, reflejan una baja autoestima; 2) Disimilitud Cuerpo Real – Ideal: es una variable continua, distancias euclidianas, calculadas con el programa RECORD 5.0⁽³³⁾, que varía entre 0 y 1 y que da cuenta de la distancia existente entre la imagen que se tiene del cuerpo como totalidad y la imagen deseada. Cuanto mayor sea la distancia, más diferencia existirá entre ambas imágenes. Ambas variables correlacionan en sentido inverso. En este caso, al utilizar una técnica diseñada especialmente para evaluar partes del cuerpo, los resultados de autoestima se refieren específicamente a aspectos corporales.

Con objeto de examinar la segunda hipótesis, utilizamos como variables dependientes las Distancias medias entre los elementos relacionados con la intervención quirúrgica (Pecho y Axilas) y el Cuerpo Real, y las distancias medias entre los elementos no relacionados con la intervención quirúrgica (Brazos, Piel, Abdomen, Caderas, Genitales, Piernas, Cabeza y Cara, excluido el elemento Cuello) y el Cuerpo Real, así como las distancias entre las mismas agrupaciones de elementos y el Cuerpo Ideal. Las distancias entre elementos indican si la persona los percibe semejantes o diferentes. Se trata de una variable continua que oscila entre 0 y 1.

Una distancia pequeña entre una parte del cuerpo y el Cuerpo Ideal indica una actitud de aceptación de dicha zona, mientras que una distancia grande entre ambas es indicativa de descontento o rechazo de esa misma parte. En cuanto a la diferencia con el elemento Cuerpo Real, una distancia pequeña entre este elemento y uno de los referidos a zonas concretas del cuerpo indica que esta zona estaba integrada en el concepto de imagen corporal, mientras que una distancia importante muestra que esta zona se disocia o rechaza. Esta disociación podría indicar que este elemento no se integra en la imagen corporal. En este caso, comparamos las distancias agrupándolas en función de si los elementos a que se refieren se ven afectados o no por la intervención quirúrgica, de tal modo que creamos 4 variables dependientes: Distancia Media de Elementos Relacionados con la Intervención al Cuerpo Real, Distancia Media de Elementos No relacionados con la Intervención al Cuerpo Real, Distancia Media de Elementos Relacionados con la Intervención al Cuerpo Ideal, Distancia Media de Elementos No relacionados con la Intervención al Cuerpo Ideal.

A continuación, construimos otras dos variables: una calculando la diferencia entre las distancias de elementos relacionados con la intervención y los elementos no relacionados con la intervención respecto al Cuerpo Real, y otra variable con las diferencias entre las distancias de los elementos relacionados y no relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal.

Análisis de Datos

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis cuantitativo de los datos mediante el programa informático RECORD 5.0⁽³³⁾, específico para la Técnica de la Rejilla. Después se realizaron los análisis estadísticos, a nivel descriptivo e inferencial, de estos datos mediante el paquete informático

SPPS® (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows, versión 19⁽³⁴⁾. Para el análisis descriptivo de los datos, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia. Las variables sociodemográficas examinadas fueron: Lugar de origen, Estado civil, Número de hijos, Nivel educativo, Nivel económico y Situación laboral. Del mismo modo estudiamos la distribución de variables relacionadas específicamente con la intervención quirúrgica: Grado del tumor, Año de la cirugía y Tratamiento adyuvante.

Para el contraste de las dos hipótesis planteadas en este estudio, llevamos a cabo varios Análisis de varianza de un factor. Posteriormente, para conocer entre cuáles de los tres grupos existían diferencias significativas, realizamos contrastes post hoc, utilizando la prueba de Bonferroni.

Cuando no se cumplían los supuestos establecidos para realizar este tipo de análisis (en el caso de las variables Distancia media de los elementos no relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal y las dos variables creadas por nosotros -Diferencia entre elementos relacionados y no relacionados con la intervención quirúrgica tanto respecto al Cuerpo Real como al Cuerpo Ideal-), llevamos a cabo una prueba no paramétrica (más concretamente, el test de Kruskal-Wallis para muestras independientes), seguida de la prueba U de Mann Whitney para comparaciones por pares en los casos en que aparecieron diferencias.

Resultados

Descriptivos

La media de edad para el total de las participantes fue de 49,94 ($dt = 10,12$; rango 32-69), siendo para el grupo de mujeres con mastectomía de 51,50 ($dt = 11,44$; rango 37-69), para el grupo de cirugía conservadora de 47,55 ($DT = 8,76$; rango 34-60) y para el grupo control de 50,25

($DT = 10,24$; rango 32-68). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en dos de las variables sociodemográficas examinadas: en la variable Hijos ($\chi^2 = 7,88$; $p = 0,019$), donde se observa una clara diferencia entre el grupo de mujeres sanas y los grupos de cirugía, ya que en el primero el 79,2% de las participantes tienen hijos, mientras que en el grupo de cirugía radical se reduce al 41,7%, y al 36,4% en el grupo de cirugía conservadora; y Situación laboral ($\chi^2 = 18,929$; $p = 0,015$), donde destaca el grupo de cirugía conservadora, con un 45% de pacientes en situación de desempleo (en los otros grupos se reduce a un 8,3%) y sin ninguna participante jubilada (en los otros grupos oscila entre 10-17%). También aparecieron diferencias en incapacidad laboral temporal, con el 33,3% del grupo de cirugía radical en esta situación. No encontramos diferencias en cuanto a incapacidad laboral permanente.

Tampoco encontramos diferencias entre los 3 grupos en cuanto a las variables relacionadas específicamente con la intervención quirúrgica: Grado de tumor ($\chi^2 = 1,11$; n.s.), Año de la cirugía ($\chi^2 = 1,869$; n.s.) y Tratamiento adyuvante ($\chi^2 = 4,439$; n.s.).

Hipótesis 1

Los resultados relativos al contraste de la primera hipótesis (si las mujeres sometidas a mastectomía muestran un nivel de autoestima centrada en lo corporal más bajo y negativo que las mujeres sometidas a cirugías conservadoras y mujeres sanas) aparecen recogidos en la tabla 1. Tal y como muestra dicha tabla, existen diferencias significativas en el nivel de autoestima centradas en aspectos corporales entre las mujeres que han pasado por una cirugía, tanto radical como conservadora, y las mujeres del grupo control. Sin embargo, no encontramos diferencias entre ambos tipos de intervención quirúrgica.

Tabla 1. **ANOVA de un factor para los índices de autoestima.**

Variable dependiente	Estadístico de contraste		Post hoc	
	F	Significación	Bonferroni	Significación
Correlación Cuerpo Real – Ideal	9,210	<,01		
Cir. Radical – No cirugía			,551	,02
Cir. Conservadora – No cirugía			,480	,008
Cir. Radical – Cir. Conservadora			,071	1,00
Disimilaridad Cuerpo Real - Ideal	24,230	<,001		
Cir. Radical – No cirugía			,342	<,001
Cir. Conservadora – No cirugía			,200	,001
Cir. Radical – Cir. Conservadora			,141	,06

Hipótesis 2

Los resultados del contraste de la segunda hipótesis (relativa a la integración de las diferentes partes del cuerpo en la imagen corporal, en función de si se encuentran o no afectadas por la cirugía) aparecen recogidos en las tablas 2 y 3. Tal y como muestra la tabla 2, existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en cuanto a la in-

tegración de los elementos relacionados con la cirugía respecto al Cuerpo Real, en la integración de los elementos no relacionados y el Cuerpo Real, y en la integración de los elementos relacionados con la intervención y el Cuerpo Ideal.

Para las variables relacionadas con la integración de elementos respecto al Cuerpo Real, encontramos diferencias significativas entre los grupos de no cirugía y mastectomía, tanto para los elementos

Tabla 2. **ANOVA de un factor para las variables Distancia de los elementos relacionados con la cirugía al Cuerpo Real, Distancia de los elementos no relacionados con la cirugía al Cuerpo Real y Distancia de los elementos relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal.**

Variable dependiente	Estadístico de contraste		Post – hoc	
	F	Significación	Bonferroni	Significación
Distancia Elementos Relacionados Qx – C. Real	4,472	,017		
No Cirugía – Cir. Conservadora			-,058	,243
No Cirugía – Cir. Radical			-,091	,020
Cir. Conservadora – Cir. Radical			-,058	1,000
Distancia Elementos No relacionados Qx – C. Real	10,735	<,001		
No Cirugía – Cir. Conservadora			-,076	,09
No Cirugía – Cir. Radical			-,151	<,001
Cir. Conservadora – Cir. Radical			-,075	,184
Distancia Elementos Relacionados Qx – C. Ideal	35,404	<,001		
No Cirugía – C. Conservadora			-,152	,012
No Cirugía – C. Radical			-,409	<,001
C. Conservadora – C. Radical			-,256	<,001

Tabla 3. Pruebas no paramétricas para las variables Distancia de elementos no relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal, Diferencia entre elementos relacionados y no relacionados con la cirugía respecto al Cuerpo Real y Diferencia entre elementos relacionados y no relacionados con la cirugía respecto al Cuerpo Ideal

Variable dependiente	Estadístico de contraste				
	H	Significación	U	Z	Significación
Distancia Elementos No Relacionados Qx – C. Ideal	13,266	<,001			
No Cirugía – Cir. Conservadora			74,50	-2,048	,040
No Cirugía – Cir. Radical			43,00	-3,390	,001
Cir. Conservadora – Cir. Radical			39,50	-1,630	,102
Diferencia elementos Relacionados-No al C. Real	1,306	0,521			
Diferencia elementos Relacionados-No al C. Ideal	24,216	<,001			
No Cirugía – C. Conservadora			87,000	-1,602	,109
No Cirugía – C. Radical			0,000	-4,836	<,001
C. Conservadora – C. Radical			18,500	2,927	,003

relacionados con la intervención como para los elementos no relacionados con la cirugía. Sin embargo, no encontramos diferencias entre los dos tipos de cirugía ni entre grupo control y el de cirugía conservadora. Respecto a la integración de los elementos relacionados con la intervención en el Cuerpo Ideal, aparecieron diferencias entre el grupo control y ambos grupos de cirugía, así como entre ambos tipos de cirugía.

En cuanto a las variables Distancia media de los elementos no relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal, y las dos variables creadas por nosotros (Diferencia entre elementos relacionados y no relacionados con la intervención quirúrgica tanto respecto al Cuerpo Real como al Cuerpo Ideal), al no cumplirse los supuestos necesarios para el análisis de varianza, nos decidimos por la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis para muestras independientes, seguida de comparaciones por pares con la prueba U de Mann-Whitney, en los casos en que aparecieron diferencias.

Tal y como muestra la tabla 3, para la variable Distancia media de los elementos

no relacionados con la cirugía al Cuerpo Ideal, encontramos diferencias significativas entre el grupo de no cirugía y ambos grupos de cirugía. Sin embargo, no aparecieron diferencias entre los grupos de cirugía conservadora y radical. Respecto a las variables Diferencia entre elementos relacionados y no relacionados con la cirugía tanto al Cuerpo Real como al Cuerpo Ideal, aparecieron diferencias únicamente respecto a este último. Asimismo, encontramos diferencias significativas en el grupo de cirugía radical respecto a los grupos de no cirugía y de cirugía conservadora, mientras que no encontramos diferencias entre el grupo de cirugía conservadora y el de no cirugía.

DISCUSIÓN

En esta investigación hemos abordado el estudio de la imagen corporal y la autoestima centrada en aspectos corporales en mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama, con especial énfasis en la cirugía radical o mastectomía. Aunque gran parte de la investigación se centra únicamente

en las consecuencias de la mastectomía radical, encontrando una clara influencia negativa de la mastectomía sobre la imagen corporal⁽⁶⁾ respecto a mujeres sanas, nosotros optamos por examinar también el impacto en las pacientes sometidas a otro tipo de cirugía.

Tal y como habíamos previsto en nuestra primera hipótesis, la autoestima relacionada con los aspectos corporales de las pacientes sometidas a mastectomía (radical y conservadora) fue más baja y negativa que la de las mujeres del grupo control. No obstante, en contra de lo que habíamos previsto, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de pacientes sometidas a mastectomía: aunque el nivel de autoestima en las mujeres sometidas a cirugía radical fue menor que el de las mujeres sometidas a cirugía conservadora, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En base a estos resultados, sería lícito pensar que las mujeres sometidas a procedimientos quirúrgicos mamarios tienen un nivel de autoestima corporal más bajo y negativo que las mujeres sanas, mientras que tanto las mujeres mastectomizadas como las sometidas a cirugías conservadoras muestran un nivel de autoestima similar. Estos resultados contradicen los encontrados en otros estudios, en los que se encuentra que las mujeres mastectomizadas tienen peor imagen corporal y una autoestima más baja que las mujeres que han pasado por una tumorectomía^(35,36). En cuanto a la mastectomía radical, Vázquez-Ortiz⁽⁷⁾ afirma que las mujeres mastectomizadas muestran alteraciones en la sexualidad y la imagen corporal más allá del primer año tras la intervención quirúrgica, aunque no hace referencia a cirugía conservadora. En la misma línea de resultados que los obtenidos en esta investigación, otros grupos no han encontrado diferencias entre distintos tipos de cirugía (mastectomía con reconstrucción, mastectomía sin re-

construcción y tumorectomía), incluso en los años siguientes al tratamiento^(37,38). Del mismo modo, en un meta-análisis llevado a cabo por Moyer⁽³⁹⁾ en el que se comparaban los resultados de la cirugía conservadora y la mastectomía, tras controlar otras variables como el ajuste psicológico, marital-sexual y social, la imagen corporal y los miedos y preocupaciones relacionados con el cáncer, únicamente encontraron una ligera ventaja para la cirugía conservadora.

Nuestra segunda hipótesis hacía referencia a la integración y aceptación de las diferentes partes del cuerpo en función de si están o no afectadas por la cirugía. En general, en cuanto a la visión del Cuerpo Real, encontramos una peor integración de las distintas partes del cuerpo respecto a la imagen corporal global en el caso de las mujeres mastectomizadas con respecto al grupo control, tanto en lo que se refiere específicamente al pecho y las axilas como al resto de partes del cuerpo. Sin embargo, no encontramos diferencias entre los dos grupos de cirugía.

En cuanto a la integración de elementos corporales respecto al Cuerpo Ideal, como medida de la aceptación o rechazo de esos elementos, no encontramos dificultades en la integración de los mismos en la imagen corporal global, aunque sí se observa una menor aceptación, especialmente del pecho y las axilas, en las mujeres sometidas a cirugía frente a las mujeres sanas, siendo más importante el rechazo en las mujeres mastectomizadas. En líneas generales, no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos de cirugía a este respecto, aunque sí se observa una mayor aceptación de los elementos específicamente relacionados con la cirugía en las mujeres sometidas a procedimientos conservadores que radicales.

En esta línea, Vázquez-Ortiz⁽⁷⁾ afirma que, aunque determinadas áreas de la imagen corporal (actitudes frente a la propia

desnudez y el atractivo físico) sí se vean afectadas, la mastectomía por cáncer de mama no se asocia a una peor autovaloración cuando se lleva a cabo de forma global, incluyendo estado de salud, apariencia física y capacidad funcional. Por otra parte, nuestros resultados concuerdan sólo parcialmente con los estudios de Die Trill⁽⁵⁾, quien afirma que, en comparación con las mujeres mastectomizadas, las mujeres sometidas a cirugías conservadoras conservan mejor la imagen e integridad corporales

Finalmente, no encontramos que se produzca una disociación en la imagen corporal, que se informa como componente importante de la experiencia del cáncer de mama y que crea un sentimiento de disonancia entre la mujer y su propio cuerpo⁽⁴⁰⁾.

Los resultados obtenidos en este estudio deben interpretarse con cautela debido a sus limitaciones metodológicas: la selección incidental de la muestra, el pequeño número de participantes en cada grupo y el sesgo que establece que se limiten a pacientes derivadas al programa de Psicooncología. A pesar de dichas limitaciones, pensamos que nuestros resultados tienen interés clínico. De cara a la intervención psicológica sobre la imagen corporal en el caso de la mastectomía radical, podríamos pensar en la necesidad de realizar un abordaje global del esquema corporal en primer lugar, ya que existe una mala integración de todas las partes del cuerpo, que permita una construcción más completa y adaptada de la imagen corporal, para más adelante centrar la intervención en la aceptación y "reconciliación" con las zonas específicamente afectadas por la intervención (pecho y axilas). En lo referente a la intervención sobre la autoestima, el hecho de no haber encontrado diferencias entre ambos grupos de cirugía pero sí respecto a las mujeres sanas nos lleva a pensar en la necesidad de intervenir sobre

otros aspectos más allá de los corporales, como puedan ser los relacionados con el rol de enfermo y/o el cambio en la situación laboral, y la afectación que esto pueda tener en las familias y personas cercanas a las pacientes, ya que probablemente sean factores que estén jugando un papel muy importante en el empeoramiento de la autoestima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A.E.C.C. Guía de preguntas frecuentes para pacientes con cáncer de mama. En línea. 2012 [Acceso 18/7/2012]; Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx>.
2. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clin Salud* 2007;1):137-61.
3. Raich R. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide; 2000.
4. Mora M, Raich RM. Autoestima. Madrid: Síntesis; 2010.
5. Die Trill M, Die Goyanes A. El cáncer de mama. In: Die Trill M, editor. *Psico-Oncología*. Madrid: ADES; 2003. p. 165-84.
6. Achte K, Lindfors O, Salokari M, Vauhkonen ML, Lehtonen R. Psychological adaptation in the first postmastectomy year. *Psychiatr Fenica* 1987;18:103-12.
7. Vázquez-Ortiz J, Antequera R, Blanco Picabia A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología* 7:433-51.
8. Rosbund-Zickert AM. Los correlatos psicosociales del cáncer de mama y genitales en la mujer; y un estudio transcultural, España vs. Alemania. Valencia: Universidad de Valencia; 1989.
9. López Pérez MD, Polaino Lorente A, Aranz P. Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*; 1992;10: 49-54.

10. Kelly GA, editor. *The Psychology of Personal Constructs*. Londres: Rotledge, 1991.
11. Feixas Viaplana G, De la Fuente M, Soldevilla JM. La técnica de la rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2003;8:153-72.
12. Benasayag R, Feixás Viaplana G, Mearin F, Saúl Gutiérrez LA, Laso E. Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *Int J Clin Health Psychol* 2004;4:105-19.
13. Damani S, Button EJ, Reveley CH. The Body Image Structured Interview: A new method for the exploration of body image in women with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*; 2001;9:167-81. Doi: 10.1002/erv.373
14. Dooley G, Finlay AY. Personal construct systems of psoriatic patients. *ClinExp Dermatol* 1990;15:401-5. Doi: 10.1111/j.1365-2230.1990.tb02131.x
15. Robin AA, Copas JB, Jack AB, Kaeser AC, Thomas PJ. Reshaping the psyche. The concurrent improvement in appearance and mental state after rhinoplasty. *J Psychiatr* 1988;152:539-43.
16. Lucero Chenevard C, Feixás Viaplana G, Saúl Gutiérrez LA. Sistema de constructos y perfil sintomático en la etapa del climaterio: un estudio exploratorio. *Anu Psicol* 2003;34:371-83.
17. Saúl LA, López-González MA, Moreno Pulido A, Corbella S, Compañ V, Feixas G. Bibliometric review of the Repertory Grid Technique: 1998-2007. *J Construc Psychol* 2012;25:112-31. Doi:10.1080/10720537.2012.651065
18. Borkenhagen A. Körper-Grid und Körper-Selbst-Grafik als neue qualitativ-quantitative Erhebungsinstrumente der psychischen Repräsentanz des Körpers am Beispiel magersüchtiger und bulimischer Patientinnen. *Cognocess* 2002;44:383-400.
19. Borkenhagen A, Klapp BF. Elicitation and representation of cognitive-semantic body-experience patterns and dissociation tendencies in the body-self representation of anorectic patients, using the body grid and the body-onstruct graph. In: Klapp BF, Jordan J, Walter OB, editors. *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften; 2004.p.157-74
20. Borkenhagen A, Klapp BF, Brähler E, Schoeneich F. Differences in the psychic representation of the body in bulimic and anorectic patients: a study with the body grid. *J Constr Psychol* 2008;21:60-81. Doi: 10.1080/10720530701734372
21. Borkenhagen A, Klapp BF, Schoeneich F, Brähler E. Differences in body image between anorexics and in-vitro-fertilization patients: A study with Body Grid GMS *Psychosoc Med*. 2005;2:1-11.
22. Weber CS, Thier P, Walter OB, Klapp BF. The body grid: An idiographic approach to explore body image, illustrated by the case of a female obese patient undergoing psychotherapy. In: Klapp BF, Jordan J, Walter OB, editors. *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approach in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften; 2004.p.205-16.
23. Borkenhagen A. The body grid as a gender-sensitive instrument for eliciting body experience, exemplified with reference to in-vitro-fertilization patients. In: Klapp BF, Jordan J, Walter OB, editors. *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic Research*. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften; 2004.p.175-92
24. Sokolski I, Walter OB, Klapp C, Klapp BF. Body experience in pregnancy as mirrored by the body grid: Differences between pregnant women with a normal course pregnancy and women with premature labour and overterm pregnancy. In: Klapp BF, Jordan J, Walter OB, editors. *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic*

- Research. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften; 2004.p.193-204
25. Weber C, Bronner E, Thier P, Schoeneich F, Walter O, Klapp BF, et al. Body experience and mental representation of body image in patients with haematological malignancies and cancer as assessed with the Body Grid. *B Med Psychol.* 2001;74(4):507-21. Doi:10.1348/000711201161154
 26. Weber CS, Fliege H, Arck PC, Kreuzer KA, Rose M, Klapp BF. Patients with haematological malignancies show a restricted body image focusing on function and emotion. *Eur J Cancer Care.* 2005;14:155-65. Doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00533.x
 27. Weber CS, Thier P, Walter OB, Klapp BF. Characteristics of the body image of patients with haematological malignancies and cancer illustrated by a case study. In: Klapp BF, Jordan J, Walter OB, editors. *Role Repertory Grid and Body Grid - Construct Psychological Approaches in Psychosomatic Research.* Frankfurt: VAS - Verlag Akademische Schriften 2004.p.217-236
 28. Borkenhagen A, Klapp BF, Brähler E, Schoeneich F. Differences in the psychic representation of the body in bulimic and anorexic patients: A study with the body grid *Constr Psychol.* 2008;21(1):60-81.
 29. Turpin M, Dallos R, Owen R, Thomas M. The meaning and impact of head and neck cancer: An interpretative phenomenological and repertory grid analysis *Constr Psychol.* 2009;22(1):24-54. Doi:10.1080/10720530802500789
 30. Lane LG, Viney LL. The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(2):284-92. Doi:10.1037/0022-006X.73.2.284
 31. Lane LG, Viney LL. Role relationships and the restoration of coherence in the stories of women diagnosed with breast cancer. In: Caputi P, Foster H, Viney LL, editors. *Personal construct psychology: New ideas.* Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc; 2006. p. 205-13.
 32. Lane LG, Viney LL. When the unreal becomes real: An evaluation of personal construct group psychotherapy with survivors of breast cancer. In: Caputi P, Foster H, Viney LL, editors. *Personal construct psychology: New ideas.* Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc; 2006. p. 241-51.
 33. Feixas G, Cornejo JM, Laso E. RECORD 5.0: Análisis de Correspondencias. (En línea). 2012.[octubre de 2013].; Available from Disponible en: <http://tecnicaderejilla.net>.
 34. IBM SPSS. *Statistical Package for Social Sciences version 19.0.* Chicago 2010.
 35. Mock V. Body image in woman treated with breast cancer. *Nurs Res.* 1993;42:153-7.
 36. Yurek D, Farrar W, Andersen BL. Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:697-709. Doi: 10.1037/0022-006X.68.4.697
 37. Schover LR, Yetman RJ, Tuason L, J., Meisler E, Esselstyn CB, Hermann RE, et al. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body, and sexuality. *Cancer* 1995;75:54-64.
 38. Parker PA, Youssef A, Walker S, Basen. Engquist K, Cohen L, Gritz ER, et al. Short term and long term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2007;14:3078-89. Doi: 10.1245/s10434-007-9413-9
 39. Moyer A. Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychol* 1997;16:284-98. Doi: 10.1037/0278-6133.16.3.284
 40. Rosenblatt L. Being a monster: Women's narrative of body and self after treatment for breast cancer. *Med Humanit* 20;32:53-6. Doi:10.1136/jmh.2004.000212

