

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS QUÍMICO BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DEL DEPORTE Y DE LA ACTIVIDAD FÍSICA
LICENCIATURA EN CULTURA FÍSICA Y DEPORTE

**“MODIFICACIONES EN LA IMAGEN CORPORAL Y LA AUTOESTIMA EN
MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DESPUÉS DE PARTICIPAR EN UN
PROGRAMA DE EJERCICIOS FÍSICOS”**

TESIS PROFESIONAL

Para obtener el título de:

LICENCIADO EN CULTURA FISICA Y DEPORTE

1942

Presenta:

MARCOS ALAN MIRANDA CAZARES

DIRECTORA: DRA. ENA MONSERRAT ROMERO PEREZ

ASESOR: M.C. NESTOR ANTONIO CAMBEROS CASTAÑEDA

Octubre 2016

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

DEDICATORIA

Este trabajo ha sido posible gracias a la participación de personas e instituciones que han facilitado la realización de dicho trabajo. Por ello es para mí, un gran placer utilizar este espacio para agradecer a todos aquellos que han hecho posible esta meta.

A mi directora de tesis, Dra. Ena Monserrat Romero Pérez, por la dedicación y los años de conocimiento empleados en mi formación. Ha sido una experiencia muy gratificante recorrer este camino al lado suyo.

A mis padres y hermanos quienes han creído en mí, brindarme siempre su valioso e incondicional apoyo y su disponibilidad, depositando su confianza en mí. De ellos tengo ejemplos dignos de superación entrega y sacrificio.

Han fomentado en mí el deseo de superación en los grandes y pequeños actos de la vida, lo que ha contribuido a la consecución de este logro y de esta etapa.

A Dios por ayudarme a cruzar con firmeza el camino de la superación, dándome la fuerza, la energía y la sabiduría en los momentos difíciles para poder concluir esta etapa de mi vida.

ÍNDICE

TEMA.....	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN.....	1, 2 y 3
1. ANTECEDENTES.....	4
1.1. Cáncer de mama.....	5 y 6
1.2. Tipos de cáncer de mama.....	6
1.2.1. Carcinoma ductal in situ.....	6
1.2.2. Carcinoma ductal invasivo o infiltrante.....	7
1.2.3. Carcinoma lobulillar invasivo o infiltrante.....	7
1.2.4. Cáncer inflamatorio de seno.....	7
1.3. Estadios de cáncer de mama.....	7
1.3.1. Estadio O.....	8
1.3.2. Estadio I.....	8
1.3.3. Estadio II.....	8
1.3.4. Estadio III.....	9
1.3.5. Estadio IV.....	9
1.4. Factores de riesgo.....	9
1.4.1. Sexo.....	10
1.4.2. Edad.....	10
1.4.3. Antecedentes familiares con cáncer de mama.....	10
1.4.4. Consumo de bebidas alcohólicas.....	10
1.4.5. Tabaquismo.....	10
1.4.6. Sobrepeso u obesidad.....	11
1.4.7. Actividad Física.....	11
1.5. Tipos de tratamiento.....	11

1.5.1. Cirugía.....	12
1.5.2. Radioterapia.....	13
1.5.3. Quimioterapia.....	13
1.5.4. Tratamiento hormonal.....	14
1.5.5. Tratamiento biológico.....	14
1.6. Efectos producidos por el tratamiento.....	14
1.6.1. Cirugía.....	14
1.6.2. Radioterapia.....	15
1.6.3. Quimioterapia.....	15
1.6.4. Tratamiento hormonal.....	15
1.6.5. Tratamiento biológico.....	15
1.7. Cáncer de mama y ejercicio físico.....	16, 17 y 18
1.8. Factores psicológicos relacionados con el cáncer de mama	18 y 19
1.8.1. Imagen corporal.....	20, 21 y 22
1.8.2. Autoestima.....	22, 23, 24 y 25
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26 y 27
3. OBJETIVOS.....	28
3.1. Objetivo general.....	29
3.2. Objetivos específicos.....	29
4. METODOLOGÍA.....	30
4.1. Diseño.....	31
4.2. Criterios de inclusión.....	31
4.3. Población y muestra.....	31 y 32
4.4. Instrumentos y medidas.....	32
4.5. Escala de Imagen Corporal de Hopwood.....	32, 33 y 34
4.6. Escala de Autoestima de Rosenberg.....	35 y 36

4.7. Procedimiento.....	37, 38 y 39
5. RESULTADOS.....	40
5.1. Caracterización de muestra.....	41, 42, 43, 44, 45, 46 y 47
5.2. Escala de Imagen Corporal de Hopwood.....	47, 48, 49, 50 y 51
5.3. Escala de Autoestima de Rosenberg.....	51, 52, 53, 54 y 55
6. DISCUSIÓN.....	56, 57, 58 y 59
7. CONCLUSIONES.....	60 y 61
8. REFERENCIAS.....	62, 63, 64, 65, 66 y 67

INDICE DE TABLAS

1. Tabla 1: Diseño.....	32
2. Tabla 2: Escala de Imagen Corporal de Hopwood.....	34
3. Tabla 3: Escala de Autoestima de Rosenberg.....	36
4. Tabla 4: Resultados Pre Imagen Corporal.....	48
5. Tabla 5: Resultados Post Imagen Corporal.....	48
6. Tabla 6: Resultados Pre Rosenberg.....	52
7. Tabla 7: Resultados Post Rosenberg.....	52
8. Tabla 8: Estadísticas Pre - Post Rosenberg.....	52

INDICE DE FIGURAS

1. Figura 1: estado civil.....	41
2. Figura 2: situación laboral.....	42
3. Figura 3: tipo de cirugía.....	43
4. Figura 4: antecedentes familiares.....	44
5. Figura 5: conocimiento del diagnostico.....	45
6. Figura 6: conocimiento del tratamiento.....	46

7. Figura 7: conocimiento del pronostico.....	47
8. Figura 8: Pre Imagen Corporal.....	49
9. Figura 9: Post Imagen Corporal.....	49
10. Figura 10: Imagen Corporal Baja.....	50
11. Figura 11: Imagen Corporal Media.....	50
12. Figura 12: Pre - Post Imagen Corporal.....	51
13. Figura 13: Pre Autoestima	53
14. Figura 14: Post Autoestima.....	53
15. Figura 15: Autoestima Baja.....	54
16. Figura 16: Autoestima Media.....	54
17. Figura 17: Autoestima Alta.....	55
18. Figura 18: Pre – Post Autoestima.....	55

Palabras Clave: Cáncer, Cáncer de Mama, Mastectomía, Imagen Corporal, Autoestima, Escala Hopwood, Escala Rosenberg, Programa de Ejercicio.

Resumen

Introducción: el cáncer de mama es una enfermedad con una evolución natural compleja por lo que, a pesar de los avances en la oncología moderna, es la primer causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 50 mil muertes cada año. La mama es considerada un símbolo de sexualidad e identidad femenina y su modificación puede llevar a cambios en la calidad de vida y en la percepción de la imagen corporal y por ende de la autoestima.

Objetivo: identificar el grado de satisfacción relacionado con la imagen corporal y la autoestima de las mujeres mastectomizadas sobrevivientes al cáncer de mama, después de participar en un programa de ejercicio físico.

Material y Métodos: se realizó un estudio descriptivo y longitudinal. Se incluye a las participantes en un programa de entrenamiento de fuerza orientado a diferentes grupos musculares de extremidades superiores e inferiores durante 24 sesiones de 50 minutos dos veces por semana. Se aplicó la escala de Escala de Imagen Corporal de Hopwood (Body Image Scale) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self - Steem Scale) a un total de 53 mujeres. La media de la población es de 54.25 años y en promedio el diagnóstico fue de 4.89 años. La mayoría de ellas (66%) son casadas y el 45.3% laboran en el hogar, mientras que el 30.2% son empleadas. Una gran parte de las participantes (44%) cuenta con licenciatura completa, en tanto que el 36.5% cuenta con bachillerato o inferior. La mayoría de las participantes (62.3%) tuvo una cirugía

de mastectomía radical y son bastante conocedoras con respecto al diagnóstico (59.6%), sobre el tratamiento y curso de la enfermedad (59.6) y sobre el pronóstico (58.5%). Sobre antecedentes familiares de cáncer, los resultados fueron muy equitativos en tres aspectos: 34% no tiene antecedentes familiares, 28.3% tiene antecedentes familiares de primer grado y finalmente, 35.8% tiene antecedentes familiares de segundo grado.

Conclusión: 1. Los datos estadísticos y descriptivos indican que hay una mejora en la percepción de la imagen corporal y la autoestima en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama que participaron en nuestra investigación.

2. La actividad física puede influir positivamente en la percepción de la imagen corporal y la autoestima en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama.

3. La actividad física debe ser considerada como un medio coadyuvante en el proceso de rehabilitación.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad con una evolución natural compleja por lo que, a pesar de los avances de la oncología moderna, es la primer causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 500 mil muertes cada año, de las cuales el 70% ocurre en países en desarrollo (Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama., 2015).

El riesgo de padecer esta enfermedad es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir por ella es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control (Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama., 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2012, que aproximadamente hubo 14 millones de casos nuevos de cáncer a nivel mundial y 8.2 millones de muertes relacionadas con este. De estos 14 millones se estima que aproximadamente 1.2 millones fueron mujeres diagnosticadas con cáncer de mama nivel mundial.

La Organización Panamericana de la Salud (OPN) estimó en 2012, que aproximadamente 408,000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de mama en el continente americano y 92,000 fallecieron a causa de esta enfermedad.

La prevalencia de cáncer de mama se ha incrementado con el paso de los años, las proyecciones actuales indican que el número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama aumentaran en todos los países del mundo, esto debido

al aumento en la esperanza de vida, la urbanización y la adopción de estilos de vida diferentes (Organización Mundial de la Salud., 2015).

Sin embargo, los avances en el diagnóstico, tratamiento y detección precoz del cáncer de mama, por medio de mamografías y otros métodos utilizados han hecho que aumente la supervivencia de las mujeres que lo padecen. Este aumento considerable en la supervivencia, ha hecho que se incremente el interés de los estudios relacionados sobre el impacto psicológico del diagnóstico y tratamientos, además de otros aspectos relacionados con el cáncer de mama. (Narváez, A., Rubiños, C., Cortes, F., Gómez, R., y García, A., 2008).

La incidencia de esta enfermedad es exponencialmente notable en el sexo femenino. En el año 2014 en México, por cada caso detectado en el sexo varonil se detectaron 29 casos en el sexo femenino, representando un 18.7% de los ingresos hospitalarios para las mujeres y un 0.7% de los ingresos hospitalarios para los hombres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía., 2014).

En México, el cáncer de mama es la primer causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres y constituye la segunda causa de muerte en la población femenina (INEGI., 2014).

En el año 2013 los estados con mayor incidencia fueron Campeche, Colima, Aguascalientes y Veracruz y también fueron los estados con mayor número de casos nuevos reportados. Por el contrario los estados con menor incidencia fueron Guerrero, Nayarit y México (INEGI., 2014).

En el año 2013 las entidades con mayor mortalidad fueron por cáncer de mama fueron Coahuila, Sonora y Nuevo León (Secretaria de Salud., 2015)

El comportamiento de incidencia en México sigue el patrón internacional, es decir, es una enfermedad que se incrementa con la edad y los casos nuevos se presentan primordialmente en mujeres mayores de 40 años. En los últimos años la mortalidad por cáncer de mama se ha mantenido relativamente estable en México y en el resto del mundo (INEGI., 2014).

1. ANTECEDENTES

1. ANTECEDENTES

En este capítulo describiremos de forma general y sistemática el concepto y las características generales acerca del cáncer de mama. Entre los temas que abordaremos y describiremos están: los tipos de cáncer de mama, los estadios del cáncer de mama, los principales factores de riesgo asociados, los principales tratamientos, sus características y los efectos secundarios producidos por los mismos y por último haremos una revisión bibliográfica acerca de los efectos producidos del ejercicio físico en el cáncer de mama, destacando la importancia de los efectos producidos en la imagen corporal y la autoestima.

1.1. Cáncer de Mama

La Sociedad Americana del Cáncer (ACS) 2015 define al cáncer de mama como un tumor maligno que se origina en las células del seno. Es decir, este tipo de tumor está formado por células cancerosas que pueden crecer e invadir los tejidos circundantes o propagarse a áreas distantes del cuerpo convirtiéndose en una metástasis.

El cáncer se origina cuando las células normales cambian y comienzan a crecer sin control, formando un conglomerado de células que se denomina tumor, sobrepasando a las células normales del organismo, lo cual dificulta que el cuerpo funcione de manera normal (Sociedad Americana de Cáncer., 2015).

La mayoría de los cánceres de seno comienza en las células que recubren los conductos. Algunos cánceres comienzan en las células que recubren los lobulillos, mientras que un pequeño número se origina en otros tejidos (ACS., 2015).

La mama en reposo consta de entre seis y diez sistemas principales de conductos, cada uno de los cuales está dividido en lobulillos, cada sistema ductal drena a través de una vía excretora independiente o seno lactífero. Las sucesivas ramificaciones de los conductos galactóforos en dirección distal terminan en los conductos terminales (ACS., 2015).

Las principales estructuras en la mama de la mujer son la piel, el tejido subcutáneo y la glándula mamaria.

1.2. Tipos de Cáncer de Mama

El cáncer de seno se puede dividir en diferentes tipos, en función de la forma en que las células cancerosas se ven al microscopio.

La mayoría de los cánceres de seno son carcinomas, un tipo de cáncer de seno que comienza en las células epiteliales que revisten los órganos y los tejidos como el seno.

A continuación, describiremos los principales tipos (ACS., 2015).

– 1.2.1. Carcinoma Ductal In Situ:

También conocido como carcinoma intra ductal se considera un cáncer de seno no invasivo o pre invasivo. Las células que cubren los conductos cambian y lucen como células cancerosas, sin embargo, estas células no se propagan a través de las paredes de los conductos hacia el tejido que rodea el seno. Debido a que las células no se han propagado el carcinoma ductal in situ no puede hacer metástasis fuera del seno.

– 1.2.2. Carcinoma Ductal Invasivo o Infiltrante:

El carcinoma ductal invasivo o infiltrante es el tipo más común de cáncer de seno. Este cáncer comienza en un conducto lácteo del seno, penetra a través de la pared del conducto y crece en el tejido adiposo del seno. En este punto tiene la capacidad de propagarse a otras partes del cuerpo a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo.

– 1.2.3. Carcinoma Lobulillar Invasivo o Infiltrante:

El carcinoma lobulillar invasivo o infiltrante comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos). Al igual que el carcinoma ductal invasivo se puede propagar y hacer metástasis en otras partes del cuerpo. Aproximadamente 1 de cada 10 cánceres invasivos de seno es un carcinomas lobulillar invasivo.

– 1.2.4. Cáncer Inflamatorio de Seno:

Representa aproximadamente del uno al tres por ciento de todos los cánceres de seno. Generalmente se presenta acompañada de varias perturbaciones como piel rojiza y acalorada.

1.3. Estadios de Cáncer de Mama

El estadio de cáncer de mama es un modo de describir en qué etapa se encuentra el cáncer, suele expresarse con un número entre 0 y IV. El estadio 0 corresponde al cáncer no invasivo que permanece en su ubicación original y el estadio IV corresponde al cáncer invasivo que se propaga fuera de la mama hacia las otras partes del cuerpo. El T.G.M es un sistema de estadificación alternativo para proporcionar más información acerca del cáncer y su comportamiento (ACS., 2015).

El estadio del cáncer de mama se basa en cuatro factores:

1. Tamaño del tumor.
2. Si el cáncer es invasivo o no invasivo.
3. Si el cáncer ha tomado los ganglios linfáticos.
4. Si el cáncer se ha propagado hacia otras partes del cuerpo fuera de la mama.

– 1.3.1. Estadio O:

Se utiliza para describir los casos de cáncer de mama no invasivos. Se limita a los conductos y lobulillos del tejido mamario. Las células cancerosas continúan localizadas en el interior de un conducto y no han invadido más profundamente el tejido adiposo circundante del seno

– 1.3.2. Estadio I:

Describe al cáncer de mama invasivo. Está dividido en dos subcategorías, IA y IB. En esta etapa el tumor no es mayor a 2 cm y las células cancerígenas puede haberse diseminado o no hacia los ganglios linfáticos y el tejido mamario normal que las rodea. El crecimiento del cáncer es más lento y por ende el grado de propagación es menor que en los otros estadios.

– 1.3.3. Estadio II:

Se divide en dos subcategorías, IIA y IIB. Describe al cáncer de mama invasivo. El tumor mide entre 2 y 5 cm. Las células cancerígenas se han diseminado hacia 1, 2, o 3 ganglios linfáticos axilares o se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamarios internos.

– 1.3.4. Estadio III:

Se divide en tres subcategorías, IIIA, IIB y IIIC. Describe al cáncer de mama invasivo. En esta etapa el tumor puede tener entre 5 cm y cualquier tamaño. Las células cancerígenas se han propagado hacia 1 – 10 ganglios linfáticos axilares y puede haberse propagado o no hacia la pared torácica, la piel del seno, los ganglios linfáticos ubicados sobre o debajo de la clavícula y los ganglios axilares cercanos al esternón. Puede provocar inflamación y úlceras.

– 1.3.5. Estadio IV:

El estadio IV describe el cáncer de mama invasivo, que se ha propagado más allá de la mama y de los ganglios linfáticos circundantes hacia otros órganos del cuerpo, como los pulmones, la piel, los huesos, el hígado o el cerebro. Este estadio suele describirse con la palabra metatásico.

1.4. Factores de Riesgo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como factor de riesgo a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS., 2015).

A pesar de no existir una causa determinada para la formación del cáncer de mama, la Sociedad Americana de Cáncer (ACS) 2015, indica que los riesgos principales que pueden aumentar la posibilidad de desarrollar esta enfermedad son:

– 1.4.1. Sexo:

El hecho de ser mujer es el principal riesgo de padecer cáncer de seno. Esta enfermedad es aproximadamente 100 veces más común en comparación con el sexo masculino.

– 1.4.2. Edad:

El riesgo de padecer cáncer de seno se incrementa conforme avanza la edad. Aproximadamente uno de cada ocho cánceres de seno se detecta en mujeres menores de 45 años de edad, mientras que aproximadamente dos de tres cánceres invasivos del seno se encuentran en mujeres de 55 años de edad. La mayoría de los casos son detectados después de los 45 años de edad.

– 1.4.3. Antecedentes Familiares de Cáncer de Mama (Genéticos):

Se cree que alrededor del 5 al 10% de los casos de cáncer de mama son hereditarios, lo que significa que se originan directamente de defectos genéticos. La causa más común de cáncer de seno hereditario es una mutación.

– 1.4.4. Consumo de Bebidas Alcohólicas:

El consumo de bebidas alcohólicas está claramente relacionado asociado con un aumento en el riesgo de padecer cáncer de seno, El riesgo aumenta con la cantidad de alcohol consumido. En comparación con las mujeres que no ingieren alcohol, las que consumen una bebida alcohólica diaria tienen un aumento muy ligero en el riesgo de padecer cáncer de seno.

– 1.4.5. Tabaquismo:

El tabaquismo es el factor de riesgo evitable que por sí solo provoca más muertes por cáncer en todo el mundo, ya que provoca aproximadamente el 22% de las muertes anuales.

– 1.4.6. Sobrepeso u Obesidad:

El sobrepeso o la obesidad después de la menopausia aumenta el riesgo de padecer cáncer de seno. Antes de la menopausia, los ovarios producen la mayor cantidad de estrógeno. Por el contrario, después de la menopausia, la mayor cantidad de estrógeno de una mujer proviene del tejido adiposo. Un exceso de tejido adiposo después de la menopausia puede aumentar la probabilidad de padecer cáncer de seno al aumentar los niveles de estrógeno. Además, las mujeres que tienen sobrepeso tienden a presentar niveles más elevados de insulina en la sangre. Los niveles de insulina elevados están relacionados con el cáncer de seno.

– 1.4.7. Actividad Física:

La evidencia que indica que la actividad física en forma de ejercicio reduce el riesgo de padecer cáncer de seno está aumentando. La pregunta principal es ¿Cuánto ejercicio es necesario?.

1.5. Tipos de Tratamiento

Por lo general el tratamiento de cáncer de mama suele ser una combinación de dos o más técnicas, dependiendo del estado físico de la paciente, del estadio del cáncer de mama y de la opinión del médico tratante entre otras cosas.

A continuación, describiremos los principales tratamientos, que son el estándar de atención para tratar este tipo de cáncer (Asociación Española Contra el Cáncer., 2014). :

– 1.5.1. Cirugía:

En la mayoría de las mujeres con cáncer de seno se emplea algún tipo de cirugía como parte del tratamiento. La técnica quirúrgica utilizada varía en función del tipo de lesión y su extensión.

1. *Mastectomía Simple o Total:*

El cirujano extirpa la totalidad de la mama. Quita el seno, la areola y el pezón, pero no quita los ganglios linfáticos. La paciente puede someterse a una cirugía de reconstrucción mamaria que se realiza al mismo tiempo que la mastectomía en un momento posterior. Esta técnica tiene que estar complementada con un tratamiento de radioterapia.

2. *Mastectomía Radical:*

En la actualidad la mastectomía radical solo se recomienda cuando el cáncer de mama se ha propagado a los músculos torácicos situados bajo la mama. Este procedimiento consiste en quitar el seno, incluidos los músculos pectorales y los ganglios axilares. Esta técnica tiene que estar complementada con un tratamiento de radioterapia.

3. *Mastectomía Radical Modificada:*

Se conservan solo los músculos pectorales, extirpándose solo la glándula mamaria y los ganglios axilares. Es posible realizar una reconstrucción mamaria.

4. *Cirugía Conservadora:*

Se basa en la extirpación del tumor (tumorectomía) y de los ganglios axilares. Esta técnica tiene que ir siempre complementada con un tratamiento de radioterapia.

– 1.5.2. Radioterapia:

Consiste en la aplicación de radiaciones ionizantes en la mama o en la pared torácica y en ocasiones en las cadenas ganglionares a las que drena para destruir las posibles células cancerosas que pudieran haber quedado tras la operación. Se utiliza como tratamiento complementario a la cirugía conservadora y en algunos casos tras la mastectomía.

1. *Radioterapia Externa:*

Es la más habitual y se realiza por medio de una máquina. El tratamiento estándar de radioterapia se administra durante un periodo de 5 a 7 semanas, la aplicación dura pocos minutos. En la actualidad existen nuevos esquemas de tratamiento que permiten reducir el tiempo total.

2. *Radioterapia Interna (Braquiterapia):*

Es la introducción de material radiactivo, en forma de hilo, en la zona donde se asentaba el tumor. Es un tratamiento complementario a la radioterapia externa. Generalmente, el tratamiento dura solo unos minutos. Una vez administrada la dosis necesaria se retira el material.

– 1.5.3. Quimioterapia:

Es la administración de fármacos por vías intravenosas o vía oral, para destruir las células cancerosas que han podido dispersarse por el organismo, a las que la cirugía ni la radioterapia pueden alcanzar. Este tipo de tratamiento complementario al tratamiento local se le llama tratamiento coadyuvante.

La quimioterapia adyuvante puede durar de 3 a 6 meses, dependiendo del número de ciclos y de los fármacos necesarios en cada caso. Cada ciclo tiene una duración media de 3 a 4 semanas.

– 1.5.4. Tratamiento Hormonal:

Las células de la mama poseen la característica de ser estimuladas por las hormonas sexuales femeninas, fundamentalmente los estrógenos y la progesterona. La terapia hormonal es un tratamiento sencillo que generalmente se administra por vía oral, con pocos efectos secundarios.

– 1.5.5. Tratamiento Biológico:

Este tipo de tratamiento elimina las células cancerígenas de la mama, a través de la acción de fármacos que dirigen su acción específicamente a las células cancerígenas e interfiere en su capacidad de crecimiento sin destruir o dañar las células sanas.

1.6. Efectos Producidos por el Tratamiento

Existen muchos efectos físicos secundarios producidos por los tratamientos de cáncer de mama, a pesar de que en la actualidad la medicina ha avanzado para poder disminuir estos efectos, no se ha logrado reducirlos totalmente.

A continuación, describiremos los efectos secundarios más notables en cada uno de los tratamientos anteriormente mencionados (Asociación Española Contra el Cáncer., 2014).

– 1.6.1. Cirugía

En ocasiones, tras la extirpación de ganglios linfáticos axilares, aparece un aumento en el volumen del brazo correspondiente, producido por la dificultad en el drenaje de líquido circulante por los vasos linfáticos. A esto se le conoce como linfedema.

– 1.6.2. Radioterapia

Es frecuente que la radioterapia externa provoque diversas alteraciones cutáneas en la zona donde se está recibiendo radiación. Los cambios en la piel pueden ir desde enrojecimiento, irritación, descamación, edema, inflamación hasta cansancio, estos efectos desaparecen unas semanas después de finalizar con el tratamiento.

– 1.6.3. Quimioterapia

Los medicamentos de quimioterapia atacan a las células que se están dividiendo rápidamente. El tratamiento de quimioterapia suele acompañarse de una serie de efectos secundarios entre los que destacan náuseas, vómito, molestias musculares, cansancio, trastornos intestinales, caída temporal de cabello, entre otros. Los efectos secundarios de la quimioterapia varían en función del tipo de fármaco utilizado, la cantidad administrada y la duración del tratamiento.

– 1.6.4. Tratamiento Hormonal

La terapia hormonal es un tratamiento sencillo que generalmente se administra por vía oral, con pocos efectos secundarios. Es una forma de terapia sistemática, lo que significa que llega a las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo y no solo al seno. Los efectos secundarios son muy parecidos a los producidos por la menopausia.

– 1.6.5. Tratamiento Biológico

La terapia biológica es un tratamiento sencillo que generalmente se administra por vía oral, con pocos efectos secundarios. La terapia biológica usa organismos vivos o sustancias procedentes de organismos vivos. Algunas terapias biológicas para el cáncer usan vacunas para estimular el sistema inmunitario.

1.7. Cáncer de Mama y Ejercicio Físico

La actividad física y el ejercicio son cada vez más importantes en el ámbito de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida, teniendo en cuenta que el aparato locomotor y los demás sistemas del cuerpo están diseñados naturalmente para moverse y realizar todo tipo de actividades físicas (Beckham, J., 2003).

La mejora de las capacidades motrices y condicionales, la reducción de factores de riesgo, el control de enfermedades, la adquisición de hábitos saludables, la formación de valores, la integración social y la superación personal son algunos de los factores que mejoran la calidad de vida de los ciudadanos a partir de la práctica de actividad física constante (Musanti, R., 2011).

Es ampliamente conocido que el ejercicio regular, sistemático y adecuado mejora la salud y la calidad de vida de las personas que lo practican, teniendo en cuenta los principios fisiológicos, biomecánicos y valores básicos fundamentales, que se basan en la evidencia y directrices actuales (Musanti, R., 2011).

Por tal motivo es de gran importancia para la comunidad y para aquellas personas que padecen algún problema de salud, tener acceso a programas de entrenamiento que estén diseñados y orientados a revertir o prevenir tales males a partir de la prescripción y planificación adecuada del ejercicio físico (Daley, A., Mutrie, N., Crank, H., Coleman, R., y Saxton, J., 2004).

En concreto la actividad física podría ser ofrecida como parte del proceso de rehabilitación para las mujeres que padecen o padecieron cáncer de mama (Daley et al., 2004).

La investigación (Segal, R., et al. 2001) informo que el ejercicio estructurado y auto-dirigido puede influir positivamente en la calidad de la vida durante el tratamiento para el cáncer de mama.

Un punto importante a tomar en cuenta, es que la prescripción de actividad física debe estar planificada de acuerdo a las posibilidades físicas de la población con la que se trabaja, esto conducirá a la realización de un programa adecuado y exitoso, donde todos los participantes podrán realizar el programa de entrenamiento de manera satisfactoria (Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., y Mateos, N., 2008).

El ejercicio físico no solo mejora el aspecto, la condición física y la funcionalidad de la paciente. Existe evidencia, de que el ejercicio físico influye directamente sobre dos factores psicológicos importantes de manera positiva: 1) la imagen corporal y 2) la autoestima. Estos resultados pueden ser utilizados por los profesionales de la salud para desarrollar programas de entrenamiento que brinden una mejor atención a las sobrevivientes (Sebastián et al., 2008).

La importancia de la actitud psicológica, especialmente en la autoestima y en la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer de mama apoya la extensión de investigaciones previas concluyendo que la prescripción del ejercicio físico puede tener efectos positivos en la autoestima y la imagen corporal (Daley et al., 2004).

Baldwin y Courneya tienen datos reportados que indican que la participación en un programa de ejercicio físico, se asocia positivamente con la autoestima

física en las mujeres sobrevivientes con cáncer de mama. Del mismo modo, informaron que sobrevivientes de cáncer de mama que se ejercitaron durante y después del tratamiento reportaron mayores puntuaciones de calidad de vida 1 y 2 años más tarde.

Un aspecto importante en el planteamiento de objetivos, en la prescripción de ejercicio en mujeres con cáncer de mama, son el bienestar psicológico y la mejora de la calidad de vida, además de reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y otras enfermedades a largo plazo (Sebastián et al., 2008)

Proponer cuidados variados y adaptados de soporte, asegurar una reinserción social y trabajar en los diferentes métodos de prevención es importante para la calidad de vida de estos pacientes. En los sobrevivientes de cáncer de mama, estas metas son ampliadas para incluir la restauración de la fisiológica y la psicológica, estados alterados por la experiencia del cáncer de mama (Musanti, R., 2011).

1.8. Factores Psicológicos Relacionados con el Cáncer de Mama

El cáncer de mama, afecta a los diferentes ámbitos de la vida de una persona, como el bienestar psicológico, el trabajo y las relaciones interpersonales. La mujer que padece cáncer de mama puede tener necesidades especiales en muchos aspectos de su vida. El bienestar emocional y subjetivo se ve alterado por esta situación; el auto concepto, tanto la autoestima como la autoimagen y el ámbito sexual, reflejan dichos cambios (Pintado, S. y Barreto, M., s, f).

La mujer a la que se le diagnostica un cáncer de mama se encuentra, de pronto, ante una situación nueva e inesperada. Le preocupa la enfermedad, siente miedo a una muerte prematura, le teme a la intervención quirúrgica para, finalmente, tener que enfrentarse ante el posible desprendimiento de una de sus mamas (Aguilar, M., Neri, M., Mur, N y Gómez, E., 2013).

Las mujeres tratadas por cáncer de mama están expuestas a cambios muy notorios en su apariencia física, como la pérdida de uno o ambos senos, la cicatriz de la cirugía, la caída del cabello, así como los cambios relacionados con la radioterapia o el tratamiento hormonal que a menudo suele incrementar el peso corporal (Aguilar, M., Neri, M., Mur, N., Gómez, E., y Sánchez, A., 2014).

La aparición de un tumor maligno en el seno, el diagnóstico y el tratamiento, constituyen un impacto psicológico capaz de perturbar el equilibrio anímico y afectivo de la mujer. (Aguilar et al., 2014).

Por lo tanto, experimentan sintomatología física y de estrés psicológico que afecta adversamente su calidad de vida, además de los efectos secundarios de los tratamientos a los que son sometidas (Reich, M. y Remor, E., 2010).

Aunque la mayoría de los tipos de cáncer, tienen secuelas físicas y psicológicas, la literatura ha prestado especial atención al cáncer de mama, en el tema de la imagen corporal y la autoestima, esto, probablemente por dos razones: a) por su importancia epidemiológica y su cada vez mayor carácter crónico y, b) por las importantes connotaciones psicosociales que conlleva para la mujer (Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., Mateos, N., 2007).

– 1.8.1. Imagen Corporal

Al nacer, los individuos no tienen una percepción clara de la imagen corporal, esta se desarrolla gradualmente a medida que se adquiere conciencia de las propias imágenes del cuerpo. A lo largo de la vida, la imagen corporal de un individuo está en constante cambio, esto como resultado de factores tales, como la función sexual, la ocupación, o el cambio en cualquiera de estos componentes (Aguilar, M., Mur, N., Neri, M., Pimentel, M., García, A., Gómez, E., 2015).

Cada individuo tiene una imagen mental de su propio cuerpo, que se conoce como imagen corporal. Se refiere a cómo pensamos, percibimos y actuamos en relación al propio cuerpo. En nuestra investigación abordaremos el significado de imagen corporal con el siguiente término propuesto por Rosenberg en 1995:

“La imagen corporal es la representación mental que cada persona tiene sobre su propio cuerpo. Esto implica lo que cada persona piensa, siente, percibe y actúa en relación a este”

Por otra parte, Hopwood manifiesto en 1993 al término de imagen corporal con el siguiente termino:

“La imagen corporal se forma a lo largo del proceso de desarrollo físico y psicológico, en función de la interacción con los demás, no es fija e inamovible, va variando en función de las experiencias. Por ello la aceptación y el apoyo por parte de familiares y amigos, representa un papel muy importante para facilitar la propia aceptación de la imagen

corporal, que va cambiando según cada etapa de vida. El contacto físico, la cercanía, las señales no verbales de aceptación y agrado ante su presencia, son cruciales para generar emociones positivas asociadas a su imagen y facilita la integración social”

En 1935, Paul Schilder propuso la primera definición de imagen corporal, conjugando aportaciones fisiológicas, sociológicas y psicoanálisis, definiendo a la imagen corporal con el siguiente termino:

“La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos”

Por último, uno de los términos más actuales fue el propuesto por Zalagas y Rodríguez en 2005, ellos definieron a la imagen corporal con el siguiente término:

“El esquema o imagen corporal es la representación mental, imágenes y sentimientos que un individuo tiene acerca de su aspecto”

El cáncer de mama es una experiencia traumática debido al impacto negativo que tiene en la imagen corporal que percibe el paciente de sí mismo.

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. Asimismo, las mujeres con incisión local se muestran más satisfechas con su operación, y presentan menos problemas con su atractivo

sexual. La imagen corporal y la autoestima se ven menos afectados en mujeres sometidas a incisión local que en las mujeres sometidas a mastectomía y mastectomía con reconstrucción de la mama (Aguilar et al., 2014).

Por lo tanto, el tipo de cirugía, la mastectomía y la tumorectomía, afectan significativamente el grado de satisfacción que la mujer tiene con su propio cuerpo después de la operación, siendo las mujeres mastectomizadas las que presentan un mayor cambio negativo en la imagen corporal y por ende en la autoestima, en comparación con aquellas que se han sometido a tumorectomía (Sebastián et al., 2008).

En este sentido, el seno tiene una importancia crucial en la identidad femenina. Para muchas mujeres los senos son lo primero que las define como mujeres y la pérdida de este equivale a la pérdida de la femineidad (Sebastián et al., 2007).

El estudio de la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama, tiene entonces, una especial relevancia por su importancia epidemiológica y sus connotaciones psicosociales para las mujeres que padecen esta enfermedad (Segura, M., García, R., Gutiérrez, L., 2014).

– 1.8.2. Autoestima

El papel que el ejercicio desempeña en la mejora de la aptitud psicológica y por ende en la autoestima es muy importante, por consiguiente.

La autoestima es una necesidad básica de la personalidad. Esta, relacionada con dos componentes que se relacionan entre sí; la autoeficacia y el auto respeto.

La autoeficacia se describe como la confianza que una persona tiene sobre sí misma, en cuanto a su razonamiento, habilidades, intereses y necesidades. Cuando el nivel de autoeficacia es adecuado, aumenta el sentimiento de control y por ende aumenta la autoestima. El auto respeto se refiere al sentimiento de valía que una persona tiene sobre sí misma, también incluye el derecho a la vida y al sentimiento de ser feliz (Pintado, S. y Barreto, M., s, f).

La autoestima tiene una estrecha relación con la imagen corporal. Para muchas mujeres el autoestima se basa exclusivamente en la imagen corporal y como consecuencia, el funcionamiento social y las relaciones interpersonales se ven afectadas de forma negativa (Sebastián et al., 2007).

En las pacientes con cáncer de mama, está demostrado, que el cambio físico producido por una mastectomía, influye directamente de manera negativa en su autoestima. Por el contrario, si la imagen corporal cambia de manera positiva, el autoestima tiende a incrementarse (Hye, E. y Kyung, Y., 2014).

La autoestima es un concepto del auto concepto, en grandes rasgos, se refiere al sentimiento de valía que nos atribuimos a nosotros mismos. En este trabajo, abordaremos el significado de la autoestima con el siguiente término propuesto por Rosenberg en 1965:

“El autoestima, se refiere a una actitud o sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de las propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo”

Por otra parte, Bonet manifestó en 1997 al término de autoestima con el siguiente término:

“Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter”

Por último, uno de los términos más actuales fue el propuesto por Salles en 2011, el definió a la autoestima con el siguiente término:

“El autoestima, es la evaluación y valoración de lo que el sujeto percibe que “es”. Es decir, del conocimiento y las creencias que el sujeto tiene de sí mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona”

La disminución de la autoestima ha sido considerada como una consecuencia común del cáncer y su tratamiento.

La autoestima puede clasificarse como alta, media o baja. Cuando la persona tiene autoestima alta, tiende a sentirse confiada, positiva y valorada; hace frente a retos y es capaz de adaptarse a diferentes situaciones. La persona con autoestima media tiene características fluctuadas entre sentirse positiva y negativa, varía la percepción de sí mismo dependiendo de muchos factores. Con la autoestima baja, la persona tiende a sentirse deprimida, irritada, inútil, inferior, insegura, a estar en aislamiento y a adquirir una postura defensiva y conformista (Silva, N. y Riul. S., 2011).

La autoestima es un factor muy importante para el éxito o el fracaso de una persona. Una mejor autoestima ayuda a hacer frente a los retos y a las adversidades, a tener mayores probabilidades de éxito y a mantener relaciones sanas (Silva, N. y Riul. S., 2011).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACION

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los tratamientos utilizados para en cáncer de mama inciden negativamente sobre aspectos psicológicos en las mujeres que lo sobreviven, como son: la imagen corporal y la autoestima. El ejercicio físico prescrito adecuadamente puede contribuir a mejorarla.

1. ¿Puede un programa de ejercicio físico individual mejorar la percepción de la imagen corporal en las mujeres supervivientes al cáncer de mama?
2. ¿Puede un programa de ejercicio físico individual mejorar la percepción de la autoestima en las mujeres supervivientes al cáncer de mama?

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

Nuestra investigación pretende analizar las variables que pueden incidir en el bienestar de las pacientes con cáncer de mama y facilitar con ello, las intervenciones que intentan mejorar la calidad de vida.

3.1. Objetivo General

El objetivo general de nuestra investigación es identificar el grado de satisfacción relacionado con la imagen corporal y la autoestima de las mujeres con cáncer de mama, después de participar en un programa de ejercicios físicos.

3.2. Objetivos Específicos

- Estudiar la relación existente entre el ejercicio y las variables de estudio.

4. METODOLOGIA

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

La metodología de la investigación es de carácter longitudinal – descriptivo, pre – post intervención observando el efecto de un grupo específico de personas a través del tiempo. Cualitativa con el objetivo de reunir conocimiento profundo acerca del comportamiento humano.

4.2. Criterios de Inclusión

- Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en fase o no de tratamiento.
- Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, con mastectomía radical o conservadora.
- Rango de edad indefinido.
- Haber firmado el consentimiento informado.
- Estar en condiciones para poder realizar el programa de ejercicios, determinado por el médico tratante.

4.3. Población y Muestra

Participantes: La muestra de participantes en nuestra investigación estuvo compuesta por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama e intervenidas quirúrgicamente, con mastectomía radical o conservadora. De la población de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama de la localidad de Hermosillo,

las que acudieron a la convocatoria y cumplieron con los criterios de inclusión fueron un total de 127, sin embargo, las que concluyeron las 25 sesiones de entrenamiento y por ende constituyeron la primera cohorte fueron 53.



Tabla 1: Diseño

4.4. Instrumentos y Medidas

Para la recolección de datos se llevó a cabo la utilización de instrumentos para evaluar la autoestima que tenían las participantes de la investigación. Para ello se utilizaron dos instrumentos de medición, antes y después de su participación en el programa de entrenamiento, el primer instrumento se utilizó con la finalidad de obtener datos acerca de la percepción que tienen las participantes de su propia imagen corporal. El segundo instrumento tuvo como propósito, obtener datos acerca de la autoestima que tienen las participantes. Las escalas utilizadas fueron las siguientes:

4.5. Escala de Imagen Corporal de Hopwood

El objetivo de este cuestionario es la exploración de la imagen corporal personal, pretende medir el comportamiento, el área afectiva y el área cognitiva relacionada con la imagen corporal de cada individuo en forma particular. Consiste en una escala de 10 ítems puntuables con el propósito de medir la

imagen corporal que percibe la persona sobre sí misma. Todos los ítems están enunciados de manera negativa y son respondidos usando el formato de escala tipo Likert de 4 puntos que van desde Nada (0) hasta Mucho (3). La puntuación se obtiene de manera directa y oscila entre 0 y 30 puntos. Un puntaje elevado indica mayores alteraciones negativas en la imagen corporal.

- 20 a 30 puntos: imagen corporal baja. Existen alteraciones significativas en la imagen corporal.
- 10 a 19 puntos: imagen corporal media. No representa problemas de imagen corporal graves pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 10 puntos: imagen corporal elevada. Considerada como imagen corporal normal.

La escala de Imagen Corporal de Hopwood es probablemente la más utilizada en investigaciones. Con este tipo de población, la fiabilidad de la escala alcanza un alfa de Cronbach de 0.93.

Anexo 1

A 1 Totalmente de acuerdo

B 2 De acuerdo

C 3 En desacuerdo

D 4 Totalmente en desacuerdo

Ítem	A	B	C	D
1) Se ha sentido avergonzada por su apariencia?				
2) Se siente menos atractiva físicamente?				
3) Se siente insatisfecha cuando esta vestida?				
4) Se ha sentido menos femenina?				
5) Le resulta difícil mirarse estando desnuda?				
6) Se ha sentido menos atractiva sexualmente?				
7) Sus sentimientos acerca de su apariencia hace que evite a las personas?				
8) Siente que el tratamiento ha dejado su cuerpo incompleto?				
9) Se siente insatisfecha con su cuerpo?				
10) Se siente insatisfecha con la apariencia de su cicatriz?				

Tabla 2: Escala de Imagen Corporal de Hopwood

4.6. Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self – Steem Scale)

El objetivo de este cuestionario es la exploración de la autoestima personal, pretende medir el sentimiento de satisfacción a través de los sentimientos positivos y negativos que la persona tiene sobre sí misma. Consiste en una escala de 10 ítems puntuables, de los cuales 5 están enunciados de manera positiva y 5 están enunciados de manera negativa. Todos los ítems son respondidos usando el formato de escala tipo Likert de 4 puntos que van desde muy de acuerdo (4) hasta totalmente en desacuerdo (1). De los ítems 1, 2 ,3 ,4 y 5, las puntuación se obtiene de manera directa, las respuestas A, a D se puntúan de 4 a 1, de los ítems 6, 7, 8, 9 y 10, la puntuación se obtiene de manera invertida las repuestas se puntúan de 1 a 4. La puntuación final oscila entre 10 y 40 puntos.

- 30 a 40 puntos: autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- 26 a 29 puntos: autoestima media. No representa problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

La Escala de Autoestima de Rosenberg es probablemente la escala de mayor utilización en las investigaciones en pacientes con cáncer de mama y se ha traducido a 28 idiomas, siendo validada interculturalmente en más de 50 paises, teniendo una reproductividad de 0.93 y una fiabilidad de 0.80.

Anexo 2

Este test tiene como finalidad evaluar el sentimiento de satisfacción que usted tiene consigo mismo. Por favor, contesté las siguientes frases con la respuesta que consideré más adecuada.

A 1 Totalmente de acuerdo

B 2 De acuerdo

C 3 En desacuerdo

D 4 Totalmente en desacuerdo

Ítem	A	B	C	D
1) En general estoy satisfecho conmigo mismo.				
2) Siento que soy una persona de valor, al menos, en igual medida que los demás.				
3) Siento que tengo una serie de buenas cualidades				
4) Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5) Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
6) Siento que no tengo mucho de que enorgullecerme.				
7) Hay veces que realmente siento que soy una inútil.				
8) A veces pienso que no soy bueno en absoluto.				
9) Me gustaría tener más respeto por mí mismo.				
10) En general me inclino a pensar que soy un fracaso.				

Tabla 3: Escala de Autoestima de Rosenberg

4.7. Procedimiento

Primeramente, se llevó a cabo una sesión informativa acerca del programa de entrenamiento al que se someterían las participantes, esto con el fin de brindarles información general acerca del programa y aclararles las dudas que se pudieran presentar acerca del mismo. Una vez terminada la sesión informativa se les cito un día determinado para hacer la valoración inicial a cada una de ellas, estas pruebas se realizaron bajo la supervisión de alumnos egresados de la Licenciatura en Cultura Física y Deporte pertenecientes al programa y maestros de la misma carrera encargados del programa, todos pertenecientes a la UNIVERSIDAD DE SONORA campus HERMOSILLO. Las pruebas se realizaron tomando en cuenta los principios de entrenamiento conocidos para que se ejecutaran de forma segura y sin ningún riesgo.

La valoración inicial se programó en el mismo lugar en donde las participantes llevarían a cabo su programa de entrenamiento (instalaciones de la UNIVERSIDAD DE SONORA campus HERMOSILLO), utilizando el test conocido como RM (Repetición Máxima), este consiste en determinar cuál es la capacidad máxima de trabajo de un solo individuo (100%) expresada en libras o en kilos, tratándose de una sola repetición. El test se realizó antes de iniciar con el programa de entrenamiento y al finalizar el mismo, utilizando tres aparatos de tipo isocinético para asegurar la seguridad de cada una de las participantes.

Aparatos utilizados:

- Press de pecho en maquina vertical con la maquina EXM2500S marca BodySolid.
- Extensión de pierna con la máquina DX-2-8019 marca DYNAMAX PRO (Leg Extensión).
- Aductor de pectoral sentado (pec dec) con la máquina EXM2500S marca Body Solid, primeramente bilateral y después unilateral.

Análisis Estadístico:

- Tipo de Diseño: Longitudinal – Descriptivo, Pre – Post Intervención.
- La prueba chapiro wik se utilizó para sacar la normalidad de los datos.
- La chi cuadrada se utilizó para determinar si los resultados en la pre y post de la investigación eran significativos.
- Se utilizó el programa SSPS versión 17 para el análisis estadístico.

El plan de entrenamiento consistió en un programa de trabajo muscular orientado a la fuerza de las extremidades superiores e inferiores con 30 minutos de trabajo aeróbico. Las participantes debían completar 25 sesiones de entrenamiento, dos veces por semana, de lunes a viernes, con un día de descanso obligatorio entre cada sesión, por lo que la duración del programa fue de 50 días según el ritmo y el compromiso de cada participante. Para prescribir el programa de entrenamiento individualizado a cada una de las participantes, se tomó en cuenta el resultado

arrojado en la prueba del RM (Repetición Máxima), con el fin de distribuir las cargas de trabajo, utilizando el 40% de la capacidad máxima (100%) en cada uno de los aparatos. La sesión de entrenamiento duraba entre 45 y 50 minutos. El cuestionario de Hopwood y de Rosenberg se les aplicó al principio y al final del programa de entrenamiento para obtener los respectivos resultados, una vez recabados los datos se procedió al análisis de los mismos para poder ser estudiados y analizados. Se resaltó la confidencialidad de los datos y resultados al momento de ingresar al programa y llenar los cuestionarios.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

La investigación se realizó con una muestra de 53 mujeres, entre los 42 y los 72 años de edad, diagnosticadas con cáncer de mama e intervenidas quirúrgicamente, con mastectomía radical, conservadora o mastectomía + reconstrucción, representando el 100% de nuestra población.

5.1. Caracterización de la Muestra

La edad media de la población es de 54.25 años y en promedio fueron diagnosticados hace 4.89 años. La mayoría de ellas 66% (35) son casadas, el 15% (8) son solteras, el 15% (8) son divorciadas y solo el 4% (2) tienen parejas o son viudas.

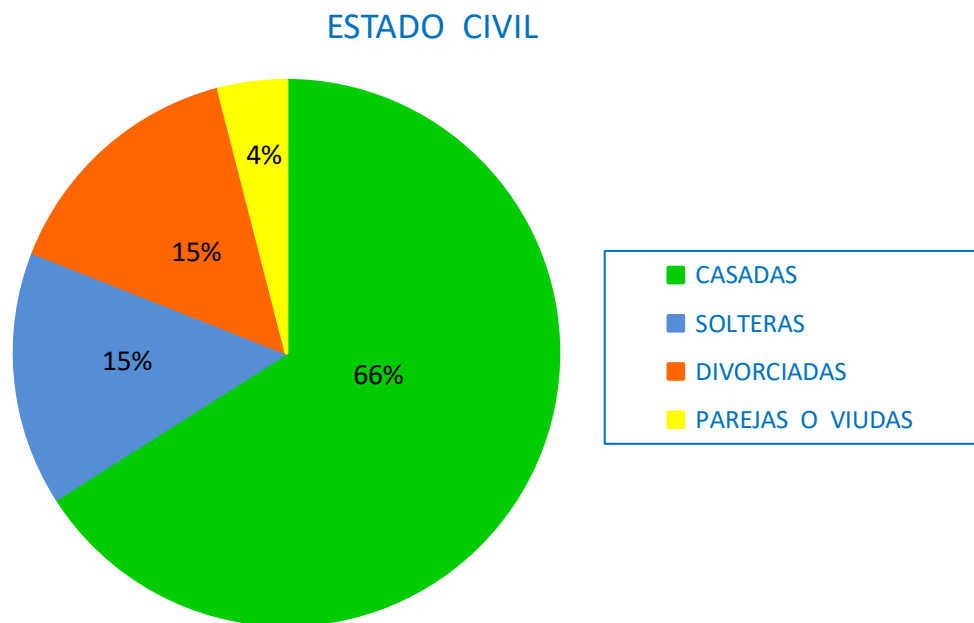


Figura 1: Estado Civil

De ellas el 32% (17) eran empleadas, el 47% (25) eran amas de casa, el 8% (4) tenían incapacidad laboral transitoria o permanente, el 8% (4) eran jubiladas o desempleadas y el 5% (3) no especificaron.

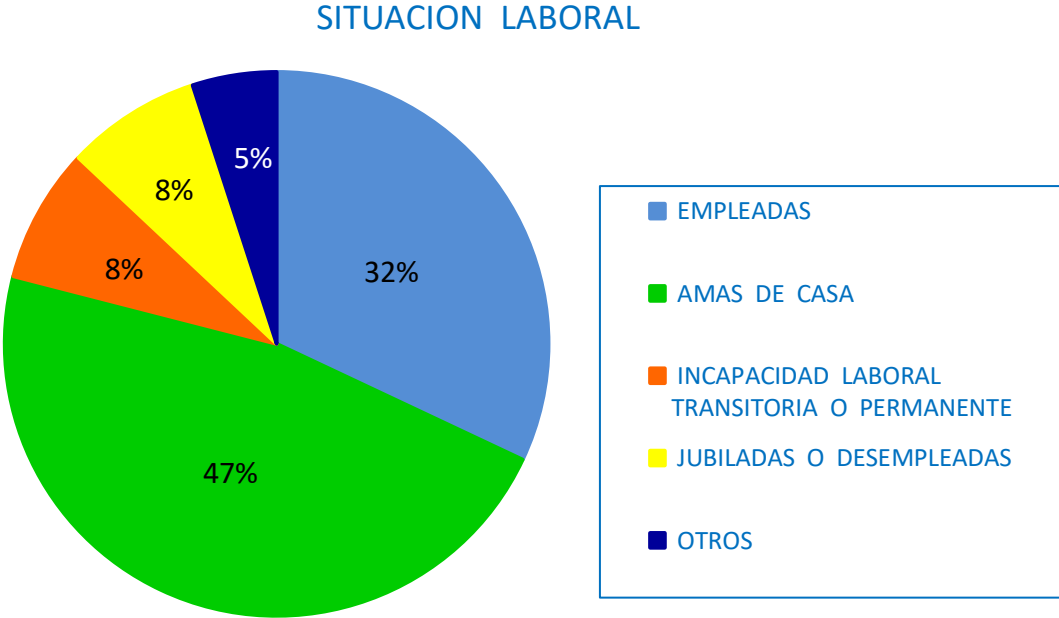


Figura 2: Situación Laboral

De ellas el 62.2% (33) se sometieron a mastectomía radical, el 35.8% (19) se sometieron a mastectomía conservadora y solo el 2% (1) se sometió a mastectomía + reconstrucción.

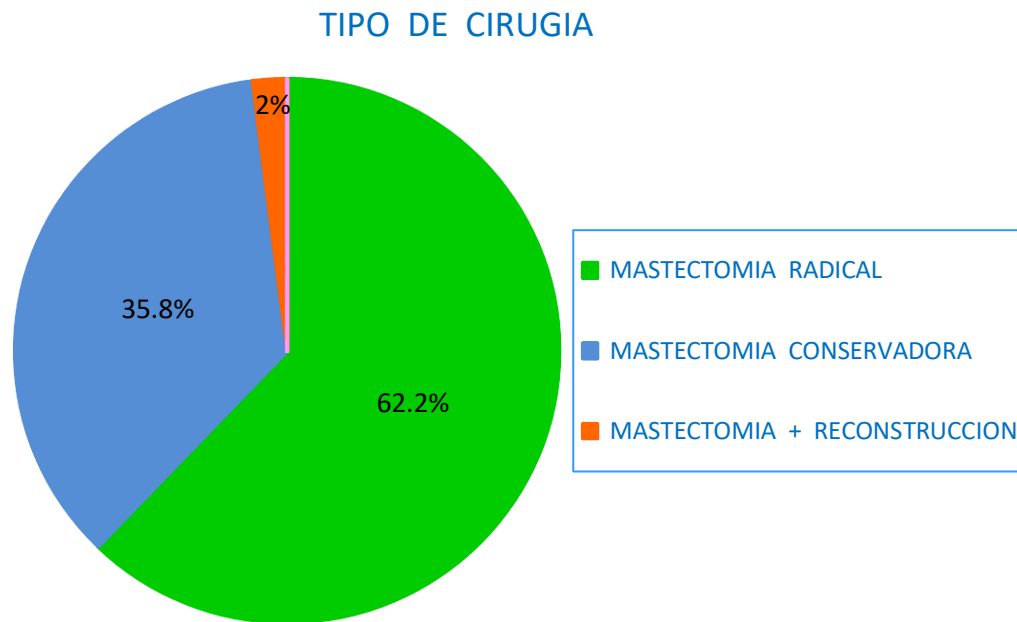


Figura 3: Tipo de Cirugía

El 35.8% (19) no tenían antecedentes familiares de cáncer, el 28.4% (15) tenía antecedentes familiares de 1^{er} grado y el 35.8% (19) tenía antecedentes familiares de 2^{do} grado.

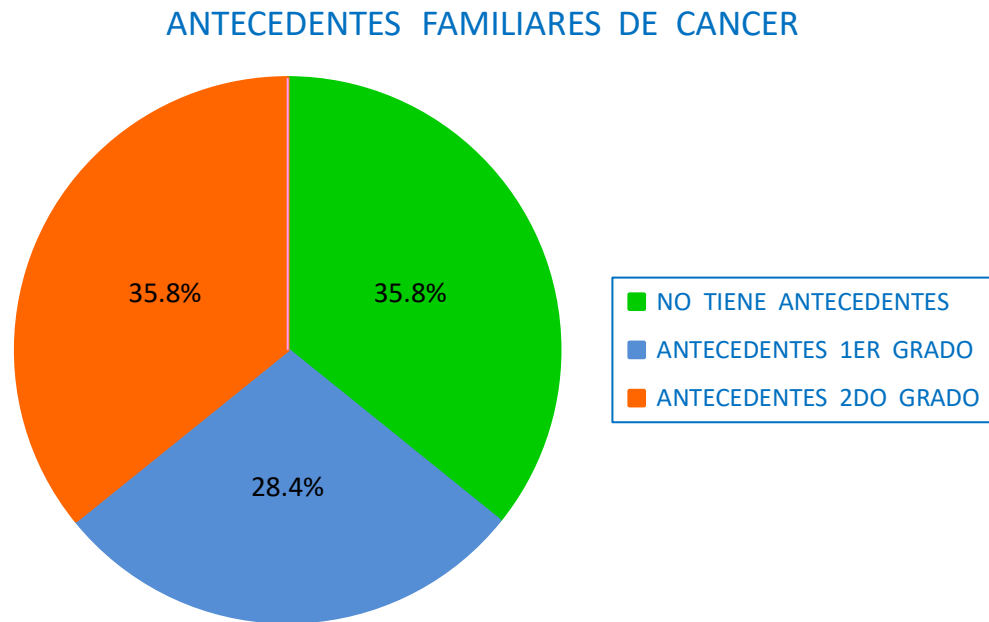


Figura 4: Antecedentes Familiares de Cáncer

El 19% (10) tenía un conocimiento ligero del diagnóstico, el 60% (32) tenía bastante conocimiento del diagnóstico y el 21% (11) tenían un conocimiento total del diagnóstico.

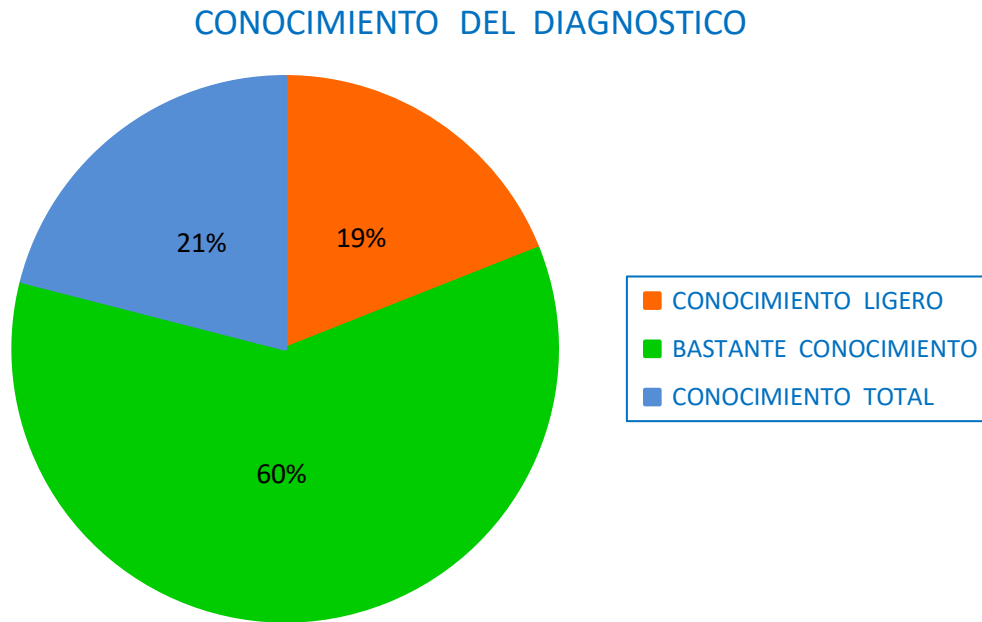


Figura 5: Conocimiento del Diagnostico

El 17% (9) tenía un ligero conocimiento acerca del tratamiento, el 59% (31) tenía bastante conocimiento del tratamiento y el 24% (13) tenían un conocimiento total acerca total acerca del tratamiento.

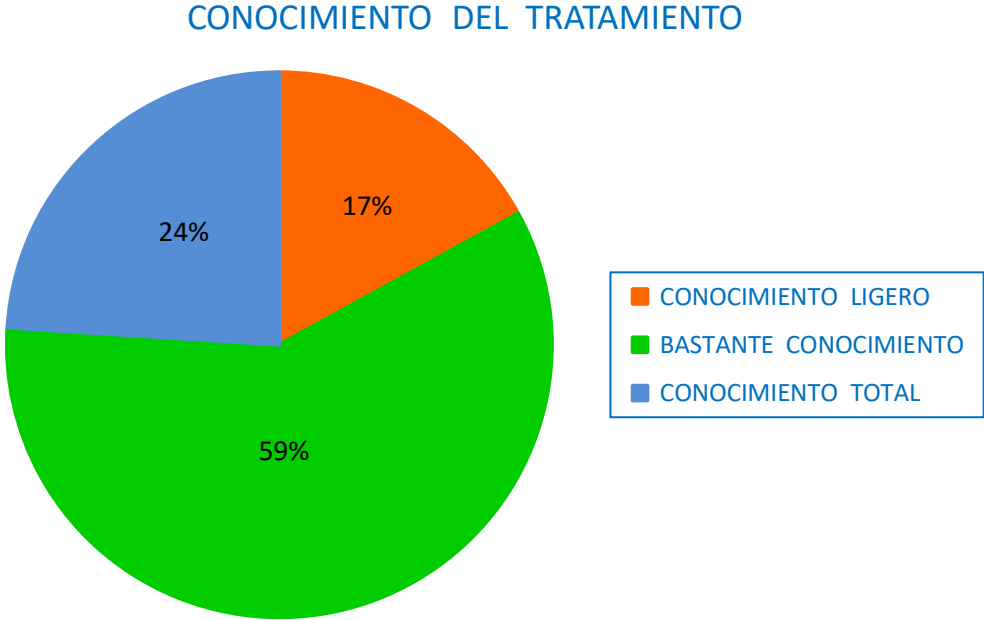


Figura 6: Conocimiento del Tratamiento

El 4% (2) no tenía conocimiento acerca del pronóstico, el 19% (10) tenía un conocimiento ligero del pronóstico, el 60% (32) tenía bastante conocimiento del pronóstico y el 17% (9) tenía un total conocimiento del pronóstico.

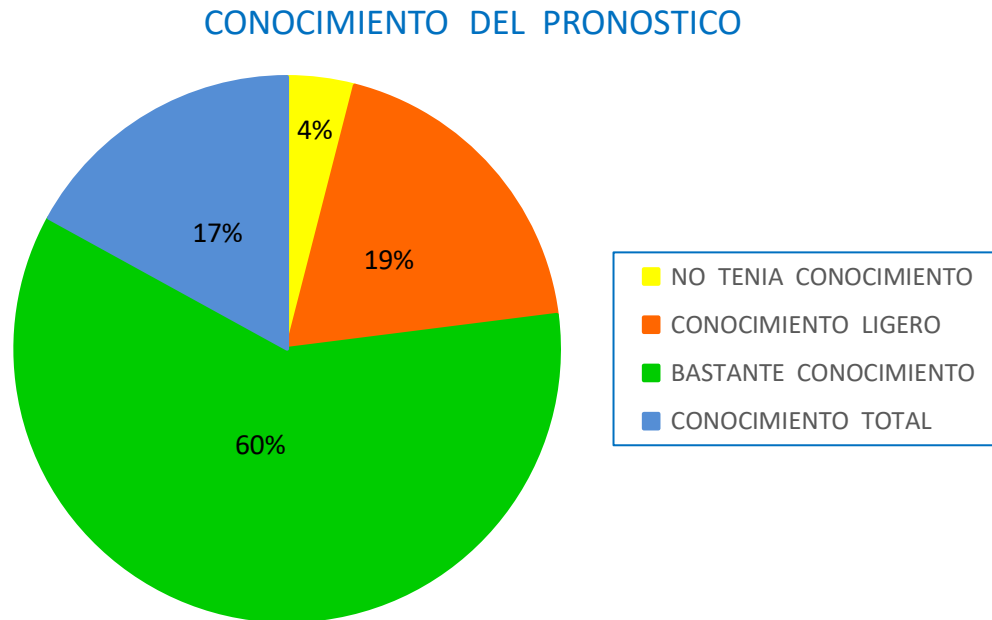


Figura 7: Conocimiento del Pronostico

5.2. Escala de Imagen Corporal de Hopwood

La imagen corporal presento pocas alteraciones en relación al pre y post de las mediciones de la misma, por lo tanto, no hay cambios significativos y los resultados fueron prácticamente iguales en ambas evaluaciones.

En la primera evaluación el 3.8% (2) de la población, presento la imagen corporal baja, el 18.9% (10) presento imagen corporal media y el 77.4% (41) presento imagen corporal alta.

En la segunda evaluación la imagen corporal baja decrecimiento 1.9% representando un total de 1.9% (1), el 18.9% presento la imagen corporal media y la imagen corporal alta incremento en 1.9% dando un total de 79.2 % (42).

PRE IMAGEN CORPORAL				
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
IMAGEN CORPORAL BAJA	2	3.8	3.8	3.8
VALIDO IMAGEN CORPORAL MEDIA	10	18.9	19.9	22.6
IMAGEN CORPORAL ALTA	41	77.4	77.4	100.0
TOTAL	53	100.0	100.0	

Tabla 4: Resultados Pre Imagen Corporal

POST IMAGEN CORPORAL				
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
IMAGEN CORPORAL BAJA	1	1.9	1.9	1.9
VALIDO IMAGEN CORPORAL MEDIA	10	18.9	18.9	20.8
IMAGEN CORPORAL ALTA	42	79.2	79.2	100.0
TOTAL	53	100.0	100.0	

Tabla 5: Resultados Post Imagen Corporal

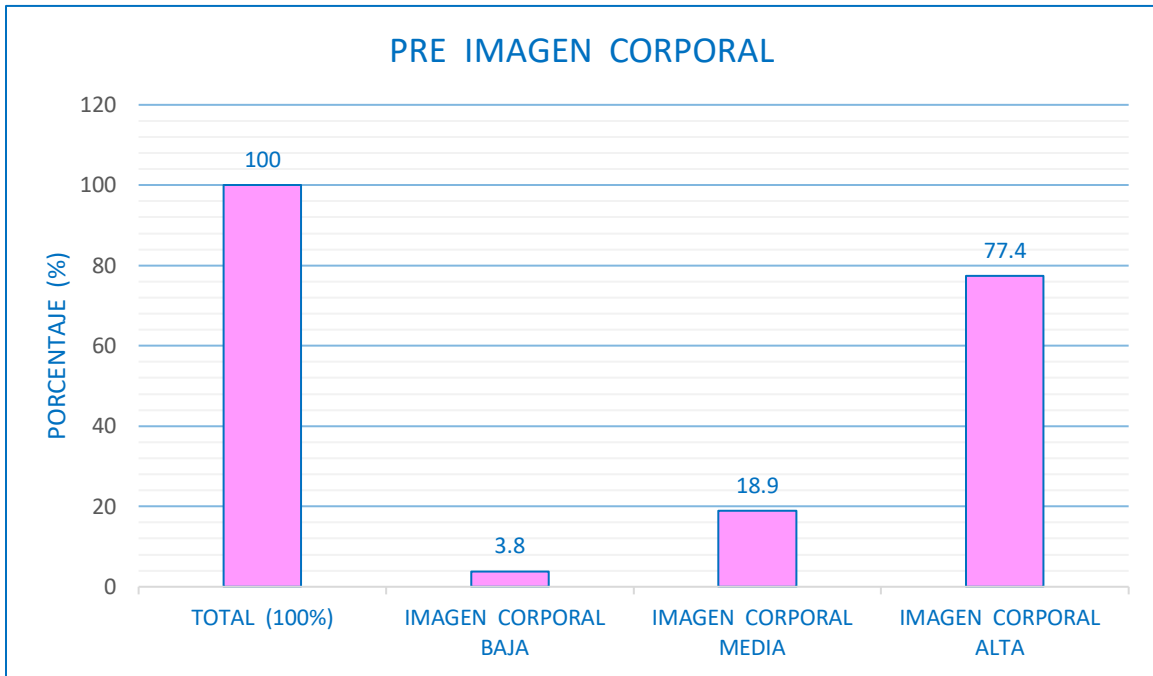


Figura 8: Pre Imagen Corporal

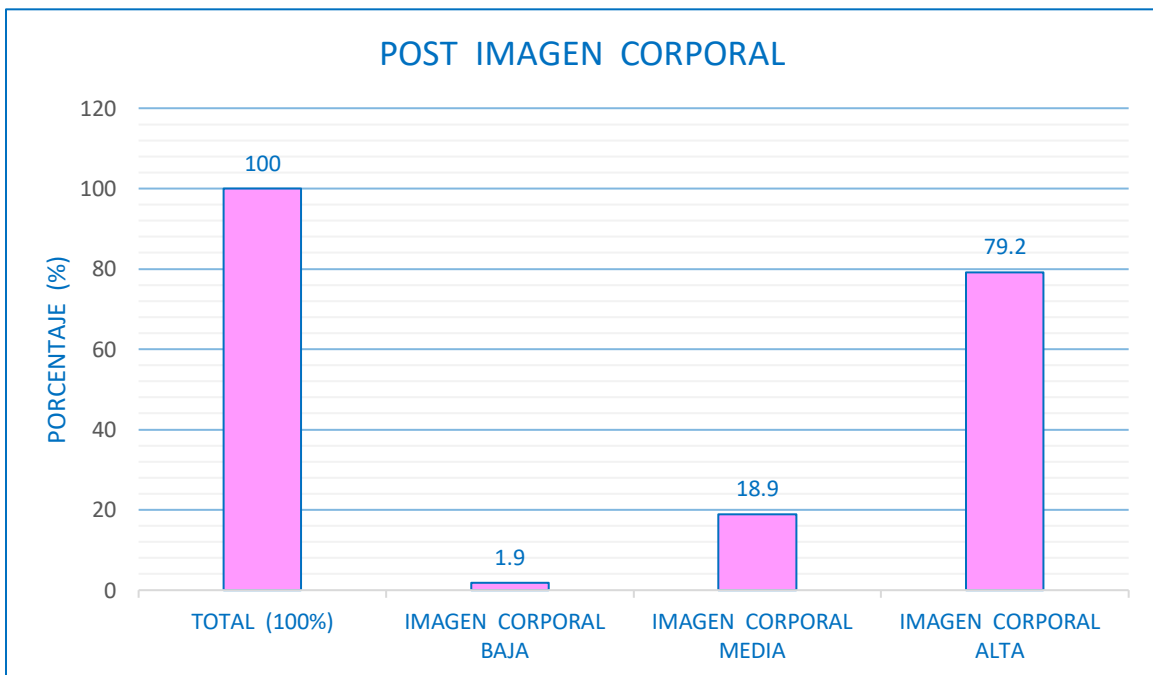


Figura 9: Post Imagen Corporal

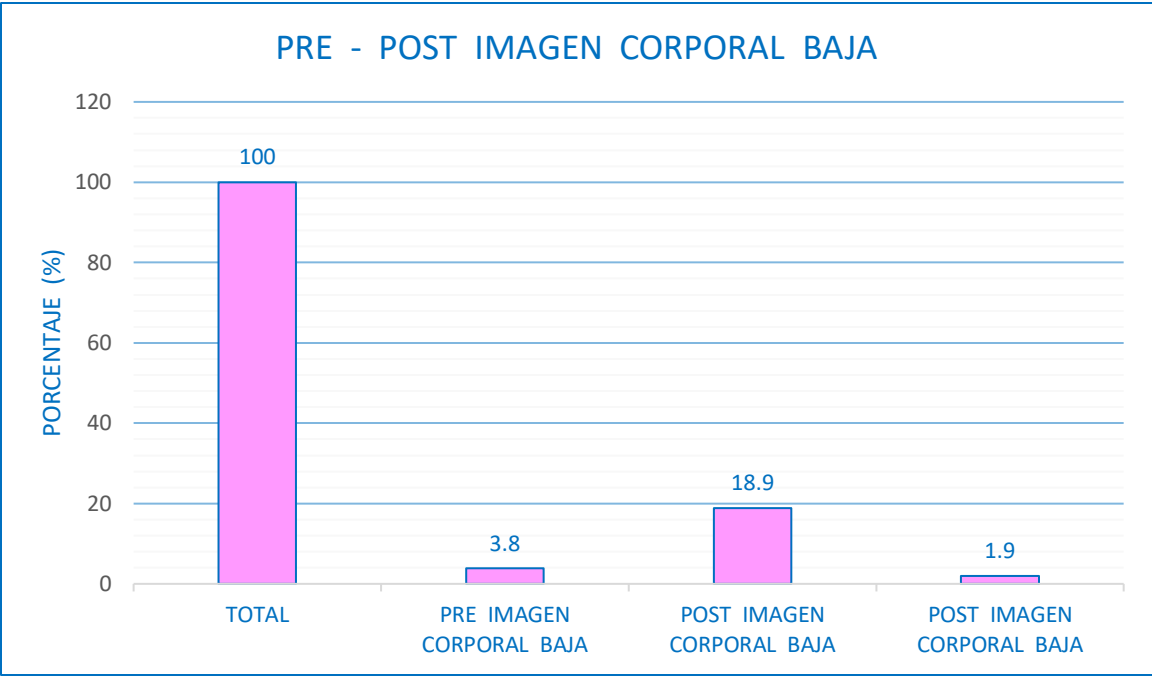


Figura 10: Imagen Corporal Baja

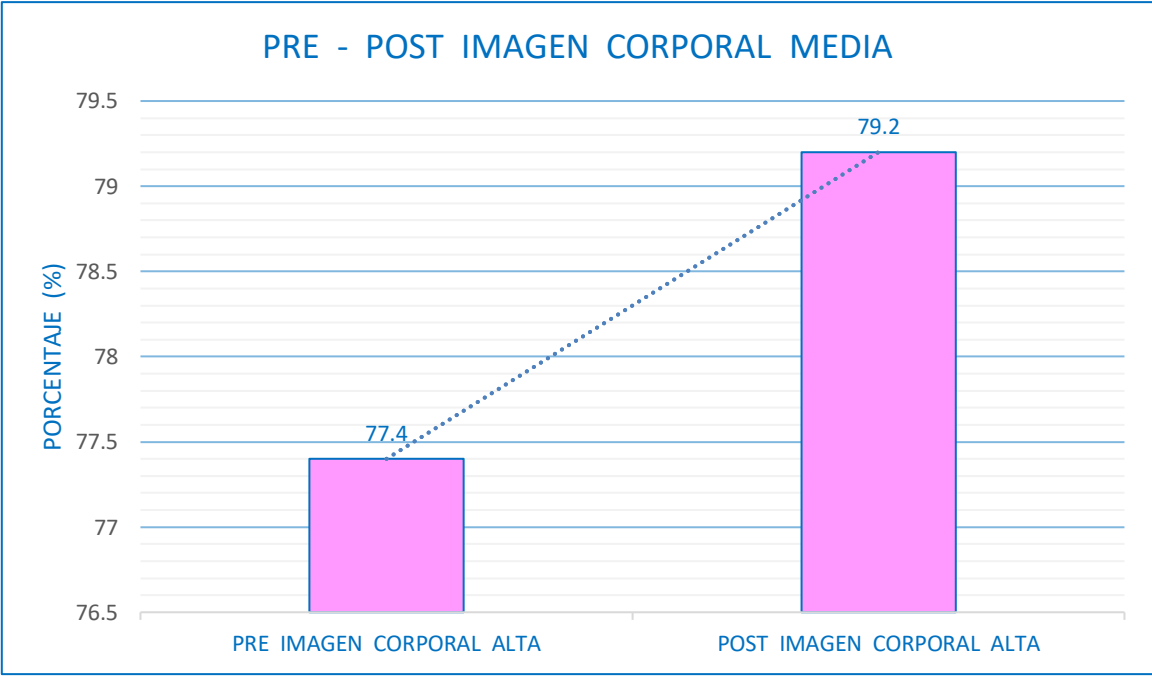


Figura 11: Imagen Corporal Media

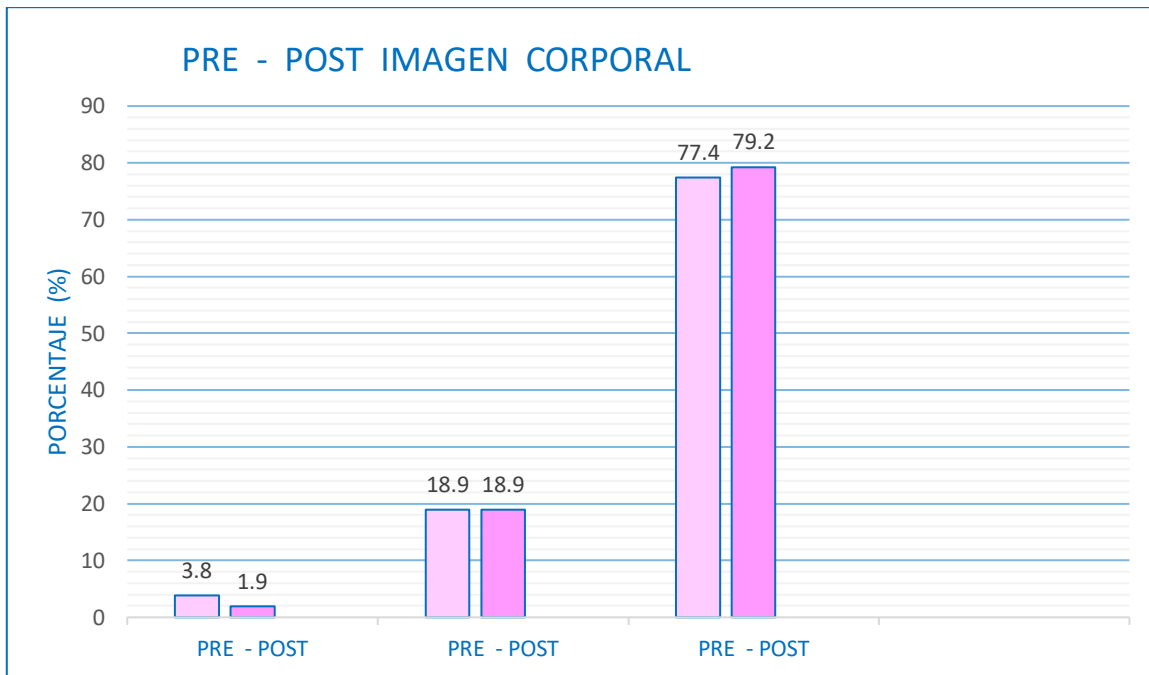


Figura 12: Pre - Post Imagen Corporal

5.3. Escala de Autoestima de Rosenberg

Hay un incremento en la autoestima de las personas. En pruebas no paramétricas no hay significancia suficiente. Los cambios no son significativos.

En la primera evaluación el 34% (18) presento baja autoestima, el 11.3% (6) presento autoestima media y el 54.7% (29) presento una alta autoestima.

En la segunda evaluación la autoestima baja decremento 14% para un total de 20% (11), la autoestima media incremento 7.6% para un total de 18.9% (10) y la autoestima alta incremento 5.7% dando como resultado final 60.4% (32).

PRE ROSENBERG				
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VALIDO	AUTOESTIMA BAJA	18	34.0	34.0
	AUTOESTIMA MEDIA	6	11.3	45.3
	AUTOESTIMA ALTA	29	54.7	100.0
	TOTAL	53	100.0	100.0

Tabla 6: Resultados Pre Rosenberg

POST ROSENBERG				
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VALIDO	AUTOESTIMA BAJA	11	20.8	20.8
	AUTOESTIMA MEDIA	10	18.9	39.6
	AUTOESTIMA ALTA	32	60.4	100.0
	TOTAL	53	100.0	100.0

Tabla 7: Resultados Post Rosenberg

ESTADÍSTICAS PRE – POST ROSENBERG					
		BRUTO POST ROSENBERG	BRUTO PRE ROSENBERG	POST ROSENBERG	PRE ROSENBERG
N	VALIDOS	53	53	53	53
	PERDIDOS	0	0	0	0
	MEDIA	28.4906	27.6604	2.3962	2.2075
	MODA	32.0	34.0	3.0	3.0
	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	5.14267	6.87790	0.81664	0.92733

Tabla 8: Estadísticas Pre - Post Rosenberg

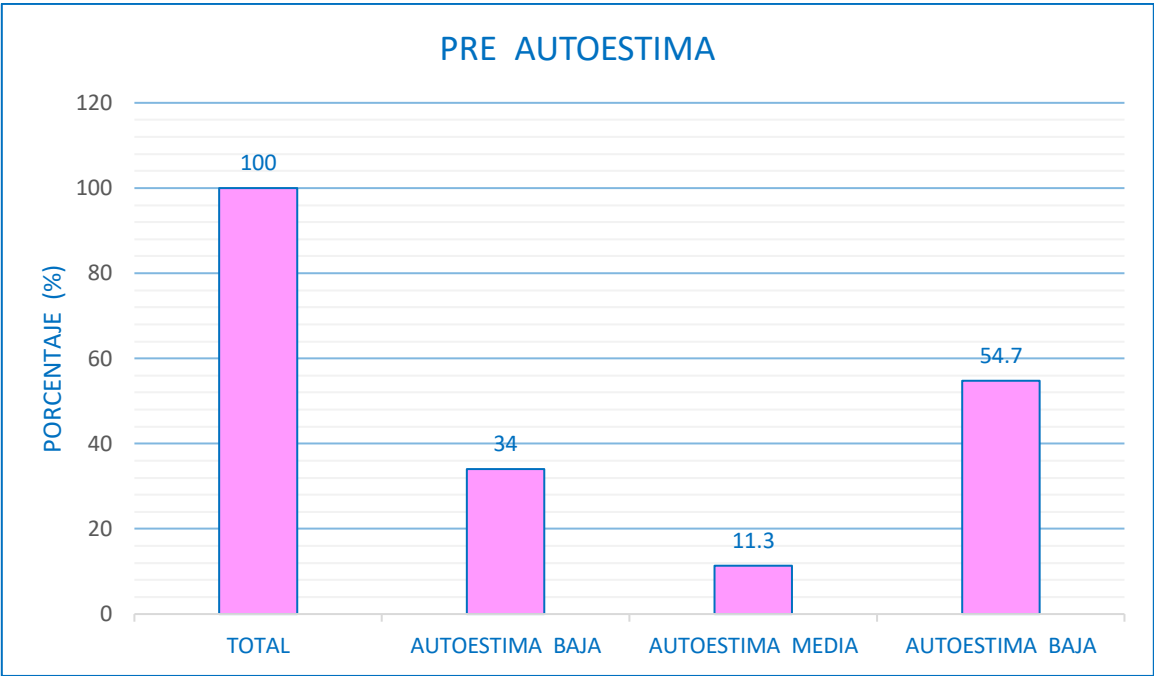


Figura 13: Pre Autoestima

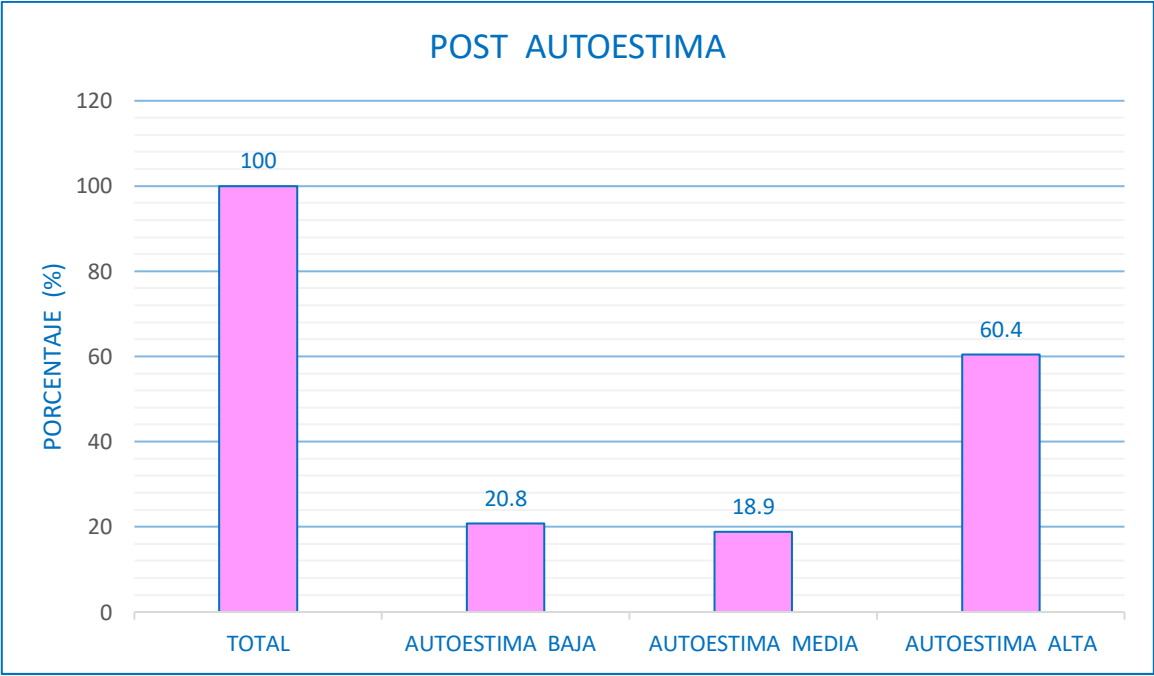


Figura 14: Post Autoestima

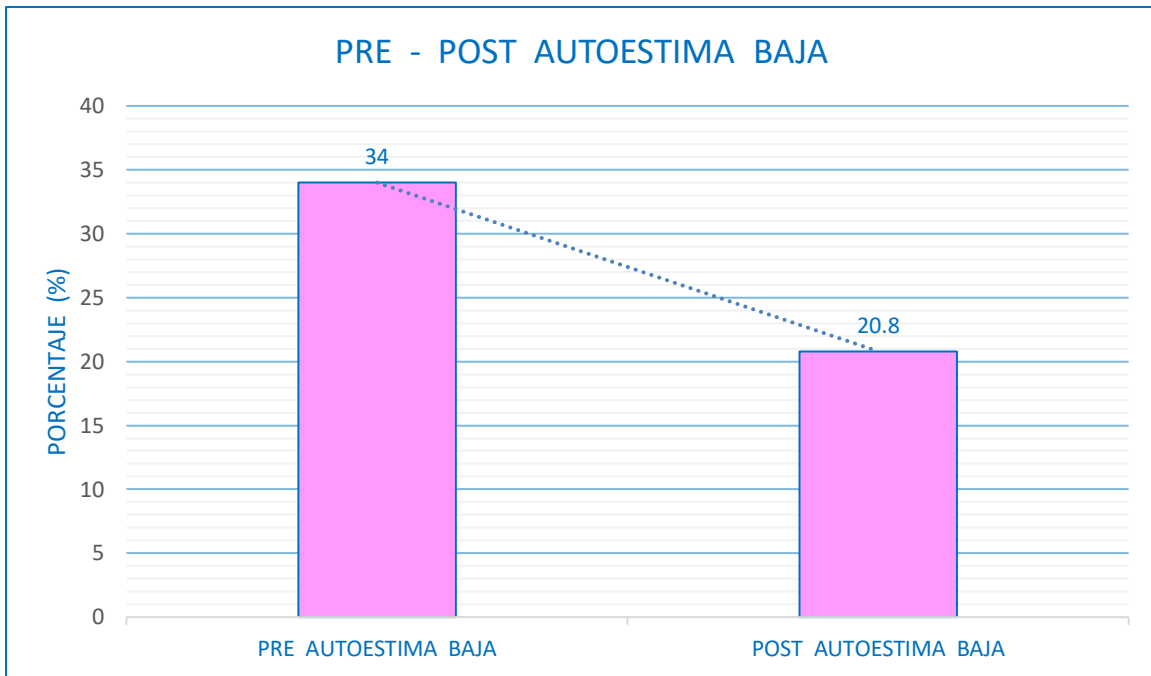


Figura 15: Autoestima Baja

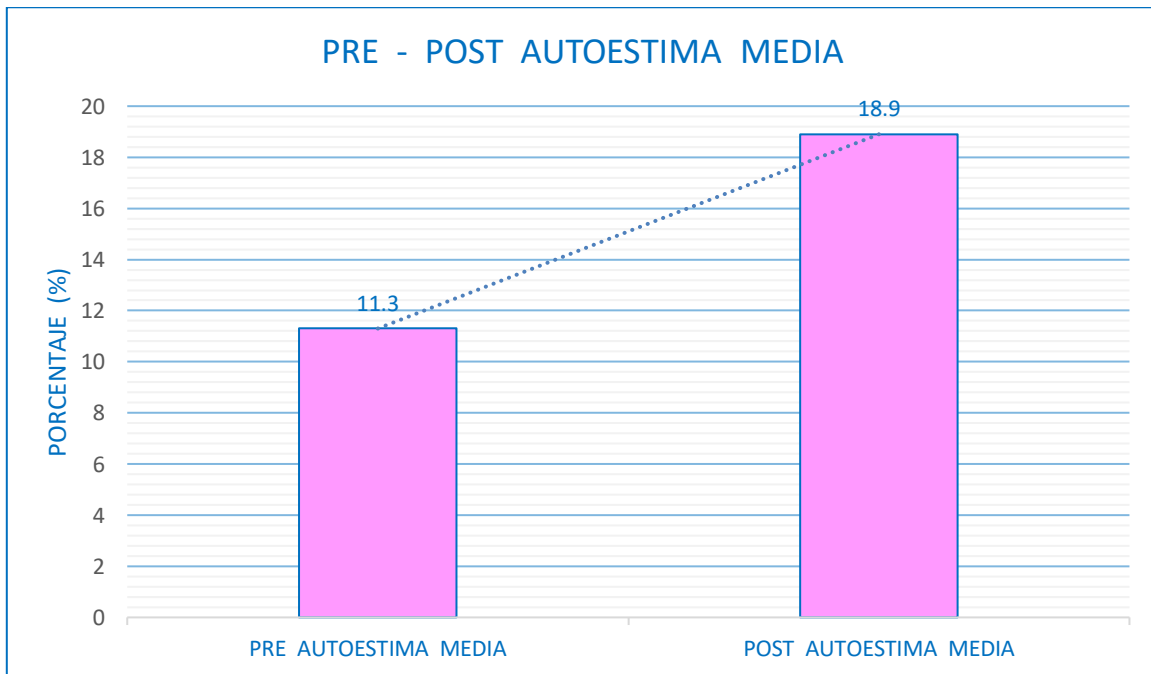


Figura 16: Autoestima Media

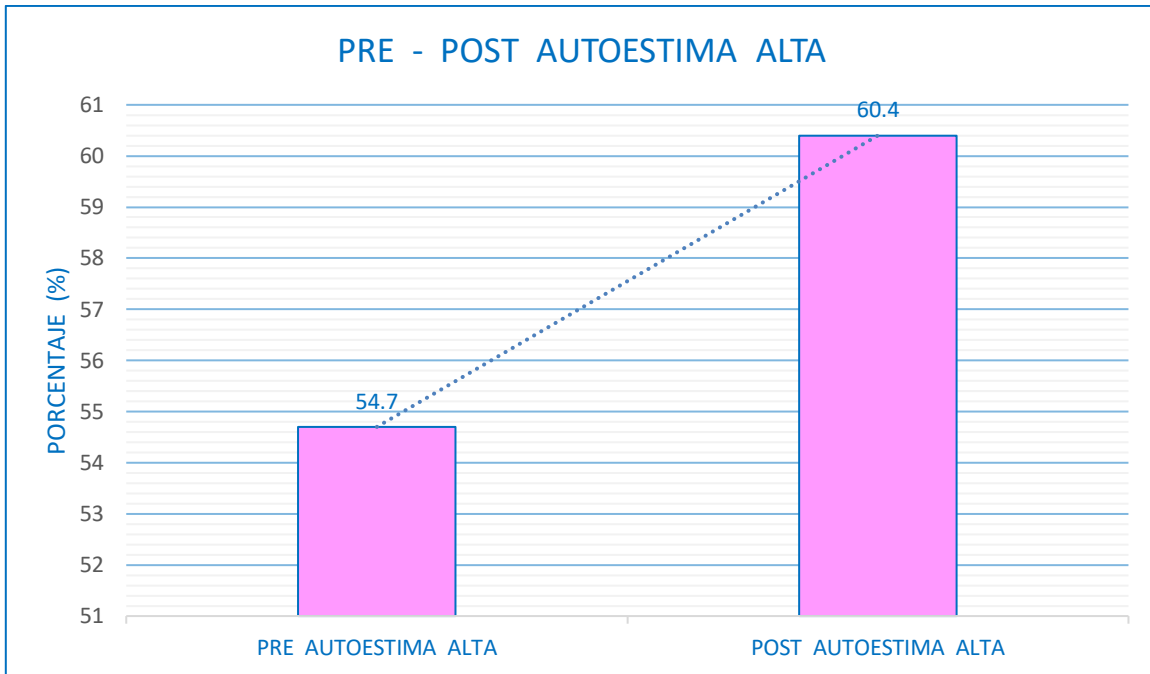


Figura 17: Autoestima Alta

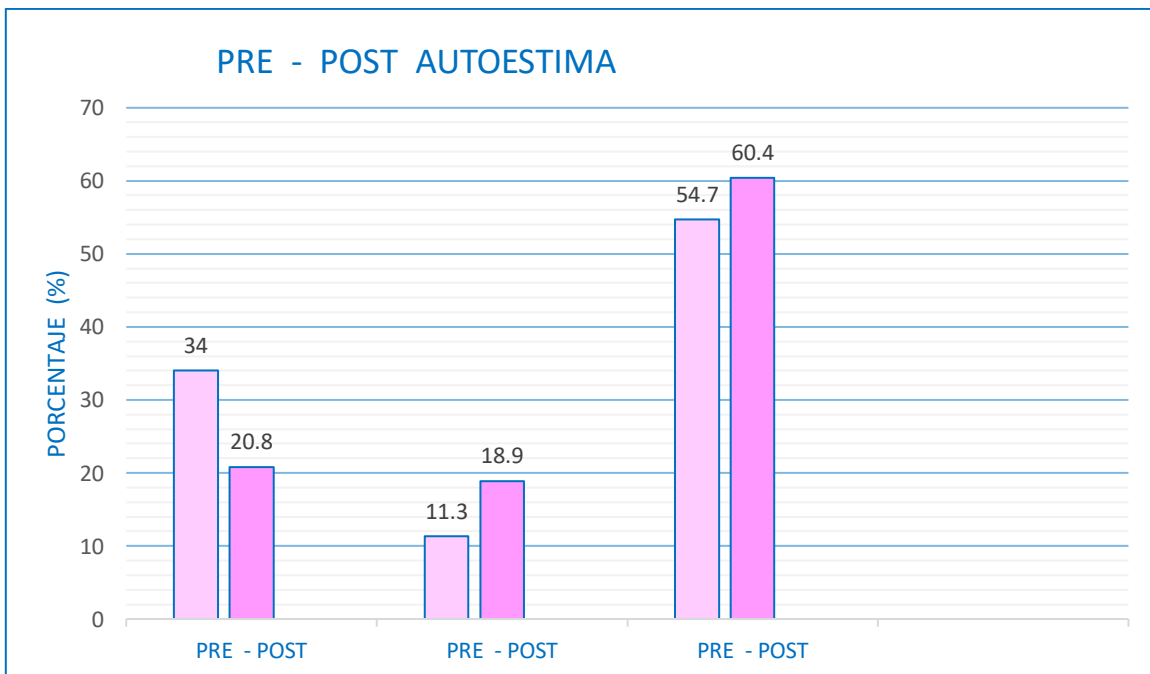


Figura 18: Pre - Post Autoestima

6. DISCUCION

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos tras el análisis de las diferentes variables, son analizadas y discutidas en el presente capítulo, estableciéndose las relaciones con otros datos encontrados en estudios de la literatura consultada.

Entre las investigaciones realizadas y variables de estudio, son diversos los hallazgos y derivaciones teóricas, científicas y clínicas que las mismas implican.

Se estudió una población válida de 53 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama e intervenidas quirúrgicamente, con mastectomía radical, conservadora o mastectomía + reconstrucción. Estas condiciones de estudio son similares a las presentadas por Beckham 2003; Manos, D., Sebastián, J., Mateos, N., y de la Torre, A., 2005; Narváez et al., 2008; Silva y Riul 2011; Segura et al., 2014.

Consideramos, a partir de las investigaciones previas analizadas, que el cáncer de mama es una enfermedad que supone un impacto negativo, tanto en la dimensión mental como física de la salud de la mujer y por lo tanto merece ser abordada por profesionales de la salud; estos datos son mencionados por Bertero., 2002, Daley et al., 2004, Segura et al., 2014; Iglesias 2014; Aguilar et al., 2015; los cuales, reportan cambios negativos en la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama.

Además, el impacto psicológico del cáncer de mama en la vida de la paciente es reconocido; ciertos estilos y estrategias de afrontamiento están asociados a un mejor ajuste de la enfermedad.

El Cuestionario de Imagen Corporal de Hopwood tiene como objetivo la exploración de la imagen corporal personal, en el presente estudio, los resultados de los datos estadísticos, indican un incremento positivo en la percepción de la imagen corporal de las mujeres que participaron en nuestra investigación. En pruebas no paramétricas no hay significancia suficiente. Los cambios no son significativos. Sin embargo, los cambios manifestados son positivos por lo cual consideramos que la prescripción y planificación adecuada del ejercicio físico en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama puede influir positivamente en la percepción de la imagen corporal de las mismas.

Por otra parte, las investigaciones que muestran resultados similares a los de la presente investigación son: Aguilar et al., 2014; Marín y Torres., 2015; al igual que en nuestra investigación no se encontraron cambios significativos en la imagen corporal de las participantes y las mujeres presentaron una imagen corporal satisfactoria en su mayoría, encontrando pocas alteraciones en las evaluaciones de la misma. Sin embargo, los resultados eran positivos al igual que en nuestra investigación.

Por otra parte este cuestionario ha sido utilizado en múltiples estudios anteriormente realizados, lo cual le atribuye un alto grado de validación: Manos et al., 2005; Sebastián et al., 2008; Narváez et al., 2008; Barreto y Pintado, 2011; Mejía, M., 2012; Aguilar et al., 2013; Aguilar et al., 2014; Marín y Torres 2015; Aguilar et al., 2015; son algunos de los autores que han seleccionado este cuestionario para utilizarlos como instrumentos de medición dentro de sus investigaciones al igual que la presente investigación.

La Escala de Autoestima de Rosenberg tiene como objetivo la exploración de la autoestima personal, en el presente estudio, los resultados de los datos estadísticos, indican un incremento positivo en la percepción de la autoestima de las mujeres que participaron en nuestra investigación. En pruebas no paramétricas no hay significancia suficiente. Los cambios no son significativos. Sin embargo, los cambios manifestados son positivos por lo cual consideramos que la prescripción y planificación adecuada del ejercicio físico en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama puede influir positivamente en la percepción de la autoestima.

Estos resultados son similares a los de las investigaciones previas consultadas: Narváez et al., 2008, reportaron una mejoría en el estado de ánimo, en la sintomatología ansiosa y un incremento en el autoestima durante la recolección de datos al igual que la presente investigación.

Por otra parte, esta escala ha sido utilizada en múltiples estudios como Bertero., 2002; Manos et al., 2005; Juárez y Landero., 2007; Sebastián et al., 2008; Narváez et al., 2008; Rincón, M., Pérez, M., Borda, M. y Rodríguez, A., 2010; Silva y Riul, 2011; Barreto y Pintado, 2011; Marín y Torres, 2015, son algunos de los autores que han seleccionado esta escala para utilizarla como instrumento de medición dentro de sus investigaciones al igual que la presente investigación.

7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

1. Los datos estadísticos y descriptivos indican que hay una mejora en la percepción de la imagen corporal y la autoestima en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama que participaron en nuestra investigación.
2. La actividad física puede influir positivamente en la percepción de la imagen corporal y la autoestima en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama.
3. La actividad física debe ser considerada como un medio coadyuvante en el proceso de rehabilitación.

8. REFERENCIAS

8. REFERENCIAS

- Aguilar, M., Neri, M., Mur, N., Gómez, E., y Sánchez, A. (2014). *Percepción de la imagen corporal de la mujer intervenida de cáncer de mama y residente en la ciudad de Granada*. Granada, España: Revista española de nutrición comunitaria. DOI:10.7400/RENC.2014.01.1.5002.
- Aguilar, M., Neri, M., Mur, N., y Gómez, E. (2013). *Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama*. España: Revista española de nutrición comunitaria. DOI:10.3305/NH.2013.28.5.6517.
- American Association for Cancer Research. (2014). AACR Cancer Progress Report. Clin Cancer Res; 20 (Supplement 1): SI-S112.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2014).
- Baldwin, M. y Courneya, S. (1997). *Exercise and self - esteem in Breast cancer survivors: an application of the exercise and self – esteem model*. USA. J Sport Exercise Psychology.
- Barreto, M. y Pintado, M. (2011). *Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de mujeres con cáncer de mama*. Valencia, España: Aran Ediciones. 2011; 24(4), PP.136-140.
- Beckham, J. (2003). *Physical activity and body image in breast cancer survivors*. USA.

Bertero, C. (2002). *Affected self - respect and self - value: the impact of breast cancer treatment on self - esteem and qol*. USA: Wiley InterScience. DOI: 10.1002/PON.577.

Consenso mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer de mamario. (2015). México: Masson Doyma México.

Daley, A., Mutrie, N., Crank, H., Coleman, R., y Saxton, J. (2004). *Exercise therapy in women who have had breast cancer: design of the Sheffield women's exercise and well - being Project*. Birmingham, Inglaterra: Health education Research. Vol.19 no.6. DOI:10.1093/HER/CYG094.

Eun, H. y Young, C. (2014). *The Mediating Effects of Self - Esteem and Optimism on the Relationship between Quality of Life and Depressive Symptoms of Breast Cancer Patients*. Korea: Korean Neuropsychiatric Association. DOI: 10.4306/PI.2014.11.4.437.

Iglesias, L. (2015). *Impacto psicológico dela mastectomía en la mujer: el rol de la enfermera*. España.

Kanatas, A., Velikova, G., Roe, B., Horgan, K., Ghazali, N., Shaw, R., y Rogers, S. (2012). *Patient-reported outcomes in breast oncology: a review of validated outcome instruments*. Manchester, Inglaterra.

Kissane, D., White, K., Cooper, K., y Vitetta, L. (2004). *Psychosocial impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer*. USA: National Breast Cáncer Centre.

- Louzada, E., Pinto, A., Martinelli, S., Facina, G., y Rivero, M. (2012). *Aplicación de un programa de ejercicios domiciliarios en la rehabilitación del hombro después de cirugía por cáncer de mama*. Sao Paulo, Brasil: Rev. Latino - Am. Enfermagem.
- Manos, D., Sebastián, J., Bueno, M., Mateos, N., y de la Torre, A. (2005). *Body image in relation to self - esteem in a sample of spanish women with early - stage breast cáncer*. Madrid, España: Psicooncología.
- Marín, T. y Torres, N. (2015). *Impacto de la mastectomía en el auto concepto de mujeres con cáncer de mama*. Cuenca, Ecuador.
- Markopoulos, C., Tsaroucha, A., Kouskos, E., Mantias, D., Antonopoulou, Z., y Karvelis, S. (2009). *Impact of Breast Cancer Surgery on the Self - esteem and Sexual Life of Female Patients*. Atenas, Grecia: The Journal of International Medical Research.
- Martin, L. (2014). *Disfunción sexual como efecto adverso de la quimioterapia en mujeres con cáncer de mama*. Zaragoza, España.
- Mejía, R. (2012). *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía*. Bogotá, Colombia.
- Musanti, R. (2011). *A Study of Exercise Modality and Physical Self - esteem in Breast Cancer Survivors*. USA: Medicine & science in sports & exercise. DOI: 10.1249/MSS.0B013E31822CB5F2.
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortes, F., Gómez, R., y García, 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. Madrid, España: Psicooncología.

Organización Mundial de la Salud. (2015)

Reich, M. y Remor, E. (2010). *Variables psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post - cirugía: una revisión sistemática.* España, Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana.

Rincón, M., Pérez, M., Borda, M., y Rodríguez, A. (2012). *Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama.* Sevilla, España: Universitas Psychologica.

Rodica, G. (2012). *The relationship between anxiety, depression and self-esteem in women with breast cancer after surgery.* Romania: Elseiver. DOI:10.1016/J.SBSPRO.2012.01.096.

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., y Mateos, N. (2007). *Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial.* Madrid, España: Clínica y Salud.

Segal, R., Evans, W., Johnson, D., Smith, J., Colletta, S., Gayton, J., Woodard, S., Wells, G. and Reid, R. (2001). Structured exercise improves physical

functioning in women with stages I and II breast cancer: results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*

Segura, M., García, R., y Gutiérrez, L. (2014). *Imagen Corporal y Autoestima en Mujeres Mastectomizadas*. Madrid, España: Psicooncología. DOI: 10.5209/REV_PSIC.2014.V11.N1.44916.

Silva, N. y Riul, S. (2013). *Evaluation of the self-esteem of women who had undergone breast cancer surgery*. Minas Gerais, Brasil: Text Context Nursing, Florianópolis.

Sociedad Americana de Cáncer. (2015)