Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Psicología

"INSATISFACCIÓN EN LA IMAGEN CORPORAL Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS"

Autora: Barucca, Rocío

Legajo: 3677

Tutor: Lic. Mestre, Claudio

Sede: Berazategui

Turno: Tarde

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Febrero 2021

Índice

Agradecimientos 1

Resumen 2

Abstract 2

Capítulo 1: Planteamiento del problema 3

1.1Introducción 3

1.2 Relevancia de la investigación 5

1.2.1 Relevancia teórica. 5

1.2.2 Relevancia clinica/práctica. 6

1.2.3 Relevancia Social 7

1.3 Objetivos 7

1.3.1 General. 7

1.3.2 Específicos 7

1.4 Hipótesis 8

Capítulo 2:Marco Teorico 9

2.1 Imagen Corporal……..... 9

2.1.1 Imagen corporal desde una perspectiva psicoanalítica. 112

2.1.2 Alteración en la imagen corporal. 18

2.1.3 La imagen corporal en el paciente oncológico 211

2.1.4Trastornos en la imagen y cambios físicos en pacientes oncológicos 222

2.2 Depresión 244

2.2.1 Depresión en pacientes oncológicos 255

2.2.2. Factores de riesgo. 278

2.3 Cáncer 299

2.3.1 Impacto psicologico del cancer. 29

2.3.2 Tipos de Tratamientos 30
2.3.2.1 Cirugía 30
2.3.2.2 Quimioterapia y Radiación 332
Capítulo 3: Estado del Arte 33
Método 38
Resultados 41
Conclusión 46
Discusión 47
Referencias 50
Anexo 56

Índice de figuras

Figura 1. Comportamiento relacionado con la apariencia 19

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribución de la variable Genero 56
Gráfico 2. Distribución de la variable Profesión 56
Gráfico 3. Distribución de la variable Estado Marital 57
Gráfico 4. Distribución de la variable Tipo de Cáncer 57
Gráfico 5. Distribución de la variable Tratamiento. 58

Índice de Tablas

Tabla 1. Prueba de Normalidad 41
Tabla 2. Características Demográficas y Tratamiento Oncológico 41
Tabla 3. Correlación entre Depresión con Imagen Corporal en pacientes oncológicos 43
Tabla 4. Diferencia de Género en Depresión e Imagen Corporal en pacientes oncológicos 43

Tabla 5. Comparación entre Cáncer de mama/pecho y otros tipos de Cáncer en Imagen Corporal y Depresión 44

Tabla 6. Comparación entre tipos de tratamiento oncológico en Imagen Corporal y Depresión 44

Tabla 7. Comparación entre Estado Marital en Imagen Corporal y Depresión en pacientes oncológicos 45

Agradecimiento

A Natalia, por su haber compartido su vida conmigo, por sus enseñanzas, esperanzas y fortalezas.

A mi compañera y amiga, Alejandra, por la compañía incondicional a lo largo de toda la carrera.

A la Lic. Betiana Gómez, mi gran amiga, compañera y futura colega, quien se ha convertido en mi guía en este último proceso, pero con quien nos hemos estado siempre.

A mis padres, por haberme alentado siempre a continuar por el camino del esfuerzo y trabajo, a pesar de las trabas.

A mi compañero de vida, Matías, por haberme mostrado luz, cuando yo solo veía oscuridad, por haber transitado junto a mi este camino desde su gran generosidad y respeto.

A Nelly, quien me acompañó, acompaña y acompañará para siempre.

A mi Abuela, quien hoy habita en mí.

A mi hijo Juani, por existir.

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de distorsión de la imagen corporal y su relación con la depresión pos-diagnóstico en pacientes oncológicos, más específicamente evaluar diferencias de género y otras variables. Se administraron dos escalas, el *Cuestionario de Imagen Corporal* (BSQ) y el *Inventario de Depresión* (IDB) junto a un cuestionario demográfico, a una muestra compuesta por 75 pacientes bajo tratamiento ambulatorio de ambos sexos (Media Edad = 48,91 años) reclutados en el Hospital "El Cruce" de la ciudad de Florencio Varela, en la Provincia de Buenos Aires. Los resultados mostraron que la distorsión de la imagen corporal produce una tendencia a la depresión en pacientes oncológicos, mayor insatisfacción corporal y preocupación por el aumento de la delgadez. Los resultados son directamente pertinentes a las mujeres, en particular, el cáncer de mama que claramente produce un aumento en la distorsión de la imagen corporal en comparación con otros tipos de cáncer que afectan a los varones.

Palabras Claves: *Cuerpo; Depresión; Cáncer de mama; Delgadez; Insatisfacción corporal.*

Abstract

The aim of this study was to evaluate the degree of body image distortion and its relationship with post-diagnosis depression in cancer patients, more specifically to evaluate gender differences and other variables. Two scales, the Body Image Questionnaire (BSQ) and the Depression Inventory (IDB) together with a demographic questionnaire were administered, to a sample of 75 patients under outpatient treatment of both sexes (Mean age = 48.91 years) recruited at the "El Cruce" Hospital in the city of Florencio Varela, in the Province of Buenos Aires, Argentina. The results showed that the distortion of the body image produces a tendency to depression in cancer patients, greater body dissatisfaction and concern about the increase in thinness. The results are directly relevant to women, in particular breast cancer, which clearly produces an increase in body image distortion compared to other cancers that affect men.

Keywords: *Body; Depression; Breast cancer; Thinness; Body image dissatisfaction*

Capítulo 1: Planteamiento del problema

1.1 Introducción

A menudo el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de los pacientes. Estos cambios pueden ser temporales, como la caída del cabello, las alteraciones en la piel, en las uñas o los cambios de peso; y otros serán permanentes, como los efectos de algunas cirugías (cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría) (Anderson & Johnson, 1994). Algunos afectan únicamente a nivel estético mientras que otros conllevan además una incapacidad funcional. Se ha observado que estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal, auna distorsión en la imagen corporal y suelen ir acompañados de un gran impacto emocional, colocando a la persona en una crisis con una alta vulnerabilidad psicológica. (Tobin, Lacery, Mayer, & Mortimer, 1993). Según Hernández, Almonacid y Garcés (2014):

> Las cirugías radicales provocan perdida en la funcionalidad del órgano, por ejemplo, las ostomías, así como las secuelas externas que deterioran la imagen del paciente como ocurre en la cirugía radical de mama. (…) Respecto a los tratamientos de quimioterapia, la alopecia es uno de los efectos secundarios más temidos por los pacientes, especialmente en el sexo femenino. (…) Cuando el paciente se encuentra en fases avanzadas de la enfermedad, posiblemente la alopecia por los continuos tratamientos, la pérdida de peso significativa, o el inicio de la caquexia supone un importante deterioro de la calidad de vida y requieren un esfuerzo cognitivo para poder enfrentarse a cambios en su imagen y esto provoca fuerte rechazo y disconfort emocional. (p.183)

Uno de los más frecuentes es la depresión, que, según Rodriguez Vega, Ortiz, & Palao (2004) es entendida como el estado de ánimo del paciente acompañado de sentimientos de desesperanza, abatimiento, culpa, e ideas suicidas. Los síntomas físicos son el insomnio, la anorexia, la fatiga y la pérdida de peso, que se confunden fácilmente con los síntomas propios

del cáncer. Los pacientes oncológicos son una población en riesgo alto de desarrollar reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos debido a los acontecimientos estresantes a los que se ven enfrentados a consecuencia del diagnóstico y posterior tratamiento.

En relación a la imagen corporal, ésta es entendida como "…un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, 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." (Raich R. , 2000), mientras que, para Phillips (1996), la insatisfacción de la imagen corporal es un estado multidimensional que está ligada con un gran padecimiento subjetivo y puede ser desestabilizador especialmente para la relación social.

Así es como este trabajo de investigación parte de un acercamiento al enfermo de cáncer, para evaluar la relación entre la insatisfacción de su imagen corporal y la depresión, considerándose estos, factores importantes a tener en cuenta a la hora de suministrarle al enfermo, el tratamiento pertinente. "La enfermedad oncológica, por sus especificas características, necesita no solo un abordaje biológico de la misma, mediante el mejor arsenal terapéutico posible, sino la consideración holística del hombre. En este ámbito, solo mediante un abordaje integral donde el trabajo en equipo en el que se encuentren incluidos las perspectivas psicológicas puede asegurarnos un alto nivel de éxito" (Navarro, 2004, p.154). El presente proyecto formula las siguientes preguntas:

¿En qué medida la imagen corporal afecta el estado de ánimo de los pacientes oncológicos?
¿Las mujeres experimentan mayor insatisfacción de la imagen corporal que los varones?
¿Qué tipo de cáncer produce mayor insatisfacción corporal en los pacientes?

1.2 Relevancia y justificación

Los resultados de este estudio permitirán visibilizar como transcurre la enfermedad el paciente oncológico en relación a su cuerpo. A su vez, generar una gran reflexión sobre el concepto de enfermedad, que ha de tener en cuenta que una persona no es solamente un organismo biológico, sino que abarca sentimientos y actividades simbólicas de pensamiento y del lenguaje. Cómo una persona transita su enfermedad, el significado que le asigna, y como el mismo impacta en su comportamiento y en interacción con otros, serán componentes integrales de la enfermedad concebida como una respuesta humana completa. (Lipowski, 1969).

Por otro lado, los síntomas depresivos en los pacientes oncológicos por lo general pasan desapercibidos por lo que no reciben el tratamiento adecuado y necesario. Esta invisibilidad se debe a que se considera normal estar deprimido cuando se padece una enfermedad que amenaza la vida del individuo y lo raro es que no se experimente tristeza, desesperanza, sentimientos de inutilidad, alteraciones en el sueño o apetito durante el proceso de enfermedad. Además, también suele ser bastante frecuente la negación de los sentimientos de tristeza por parte del paciente (Trill, 2003)

1.2.1 Relevancia teórica

Los resultados de esta investigación servirán para reflexionar sobre el componente subjetivo y sus consecuentes percepciones, cogniciones y conductas, en los enfermos oncológicos, a partir de la relación con su imagen corporal durante el transcurso de su enfermedad. “Conocer las variables que influyen en el desarrollo de la imagen corporal y el tipo de cambios que los pacientes oncológicos experimentan en los distintos niveles de respuesta, nos va a ayudar a

la hora de realizar el proceso de evaluación y va a servir de guía en el diseño de la intervención más eficaz en cada caso" (Fernández, 2004, p. 170-1).

En relación a la depresión en pacientes oncológicos, la información obtenida vislumbra la desestimación de la sintomatología depresiva en cáncer, ya que el diagnostico de depresión está oculto por síntomas neurovegetativos que pueden ser secundarios del mismo trastorno depresivo, del cáncer o de sus tratamientos (Trill, 2003). De esta manera es menester la revisión, evaluación y mejora de los tratamientos pertinentes para el enfermo de cáncer.

1.2.2 Relevancia clínica/práctica.

Los resultados de este estudio facilitarán la ampliación, perfeccionamiento y reelaboración de dispositivos terapéuticos en el ámbito psicológico, médico y de la atención de la salud para brindar a cada paciente el tratamiento pertinente y optimizar cada situación particular.

Hay muy pocos estudios que identifiquen la prevalencia real y el tipo de alteraciones y/o trastornos psicológicos asociados a estos cambios en la imagen corporal, lo que consecuentemente lleva a realizar un tratamiento poco eficaz, por la falta de información. (Fernández, 2004).

A sí mismo, la falta de conocimientos del personal sanitario sobre la depresión y sus tratamientos, es un factor fundamental para tratar al paciente, por eso es valioso la formación de dichos profesionales en la detección de trastornos afectivos en oncología puesto que es un trastorno con extrema presencia en los enfermos de cáncer y a su vez afecta al afrontamiento de la enfermedad. (Trill, 2003).

1.2.3 Relevancia Social

En el campo de la salud, la representación social del enfermo oncológico es fundamental tanto para el paciente, su familia, como para el personal sanitario. Para el enfermo oncológico, la representación social es importante para comprender lo que le sucede. Esto es crucial e importante en una enfermedad como el cáncer ya que las creencias socialmente compartidas forman el núcleo central sobre los saberes que los pacientes tienen sobre su enfermedad (Berger & Luckmann, 1996). Desde estos saberes compartidos, el enfermo realiza la lectura e interpretación de la realidad y se posiciona en relación a ella (Gutierrez, 1998). Así es como la representación social influye de manera directa en el conocimiento que se tiene de la enfermedad y como se relaciona con ella, asimismo está en la base de la definición de la identidad y conduce los comportamientos de afrontamiento de la enfermedad y las practicas desarrolladas por el enfermo (Abric, 1994).

1.3 Objetivos

1.3.1 General

- Evaluar el grado de distorsión corporal en pacientes oncológicos y su relación con la depresión pos-diagnóstico en pacientes oncológicos.

1.3.2 Específicos

- Relacionar el grado de distorsión corporal con la depresión en pacientes oncológicos.
- Evaluar diferencias de género en depresión e imagen corporal en pacientes oncológicos.
- Comparar diferentes tipos de cáncer en imagen corporal y depresión.

- Comparar tipos de tratamiento oncológico en imagen corporal y depresión.
- Comparar imagen corporal y depresión para estado marital en pacientes oncológicos.

1.4 Hipótesis

H1. Se encontrará una correlación positiva y significativa entre imagen corporal y depresión, es decir, a mayor distorsión de la imagen corporal (delgadez) aumenta el grado de la depresión pos-diagnóstico.

H2. Las pacientes mujeres tienden a mostrar mayor distorsión de la imagen corporal (delgadez) y depresión en comparación con los pacientes varones.

H3. Se encontrará mayor distorsión en la imagen corporal en el cáncer de pecho/mama en comparación con otros tipos de cáncer (sobre todo en mujeres).

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1 Imagen corporal

Para adentrarnos en el tema el concepto de imagen corporal, ha sido precisado en la década de los años 60 por Bruch (1962), quien, a partir de un estudio realizado con pacientes anoréxicas, propuso los rasgos psicopatológicos de estas, poniendo especial hincapié en la alteración de la imagen corporal en dicho trastorno. A partir de este énfasis, la comunidad científica ha adquirido conciencia sobre la necesidad de saber que es la imagen corporal.

Como precedente, en 1905 el doctor Pierre Bonnier utiliza el término de "aschemata" para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral y Pick en 1922, para referirse a problemas con la propia orientación corporal utiliza el término de "autotopagnosia" (Fisher, 1990). Para Pick (1922), cada persona desarrolla una *imagen espacial* del cuerpo, es decir, una representación interna del propio cuerpo desde de la información obtenida mediante los sentidos.

Existen varias definiciones de imagen corporal, pero la más clásica y utilizada es la de Schilder (1950), quien la describe como la representación mental del cuerpo que cada persona construye en su mente, siendo así, el primero en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal: "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." (p. 11) Siguiendo la misma línea, Fisher (1986) y otros enfoques psicoanalistas, describen a la imagen corporal como el límite corporal percibido por cada sujeto; considera que la gente varía respecto a la descripción que adscribían sus límites corporales.

Un enfoque más dinámico, se refiere a la imagen corporal basándose en lo sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Por ejemplo, Bemis y Hollon (1990), advierten en la

necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él (Raich, 2004 & Baile, 2003).

A partir de las contribuciones de diversos autores, Pruzinki y Cash (1990) entienden que existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- *Una imagen perceptual*. Referida a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, incluye el tamaño y la forma de nuestro cuerpo.
- *Una imagen cognitiva*. Que refiere pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- *Una imagen emocional*. Donde se encuentran nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos aporta nuestro cuerpo.

Estos autores afirman que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad, es así como concluyen que este concepto tiene las siguientes características:

1. Es un concepto multifacético.
2. La imagen corporal esta interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: "Como percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a como nos percibimos a nosotros mismos"
3. La imagen corporal esta socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.
4. La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.

5. La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
6. La imagen corporal influye en el comportamiento, y no solo la imagen corporal consciente, sino también preconsciente y la inconsciente.

Thompson (1990) amplia el término de imagen corporal, que incluiría un componente más: el conductual, que se relacionan con aquellas conductas que tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Slade (1994) centra su explicación en la representación mental, la que se origina y modifica por varios factores psicológicos individuales y sociales, la define como la representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, atravesada por distintos factores, como los históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos, sujetos a cambiar en el tiempo.

Raich (2000) considera que la imagen corporal es un constructo complejo que abarca la percepción de todo el cuerpo, de cada una de sus partes, del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones, como así también, el comportamiento derivado de las cogniciones y sentimientos que experimentamos.

No existe un acuerdo científico sobre qué es la imagen corporal, cómo se evalúa y cómo se manifiesta una alteración de ella. Por eso, hay autores que han determinado que el concepto de imagen corporal no ha sido definido de manera concluyente, y medir las alteraciones de la imagen corporal de una manera objetiva es aún, un gran desafío (Skrzypek, Wehmeier, & Remschmidt, 2001)

2.1.1 Imagen corporal desde una perspectiva psicoanalítica

Por la complejidad del concepto en relación a su definición, y a la inexistencia de un consenso por parte de la comunidad científica, ya que estamos ante un constructo multidimensional en proceso, se ha optado por intentar acercarse al esclarecimiento del mismo, siguiendo una misma línea, la del psicoanálisis, corriente que sostiene el término a partir de bases sólidas y perdurables en el tiempo.

De esta manera, Bernard (1976), refiere que la imagen del cuerpo resulta no solo de la experiencia perceptivo-motriz, sino también y sobre todo de la sensibilidad sexual agudizada por las fluctuaciones de los deseos placeres y sueños. (…) Los órganos objetivos están cargados de valores simbólicos, que les dan una configuración irreal, fantasmagórica, extraña, que no guarda proporción con la estructura ni con la función de esos órganos definidas por el hombre de ciencia.

Y si de psicoanálisis se habla, es indiscutible retomar al mismo Freud, según quien vivimos nuestro cuerpo desde nuestra más tierna infancia como pulsión sexual o libido diversificada ya por la fuente de excitaciones (los orificios corporales, boca, ano, órganos genitales), ya por su finalidad (ver y dominar). Es decir, que cada niño vive su cuerpo según la singularidad de su historia propia, según las experiencias personales de satisfacción o frustración de su libido (Bernard, 1976).

Para Doltó (1986) la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales (...) El autor hace especial hincapié en la función relacional en la construcción de la definición de la imagen del cuerpo. Entre sus escritos se encontró que la imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional,

y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación dinámica, a la vez narcisista e interrelacional: camufable o actualizable en la relación aquí y ahora, mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje, dibujo, modelado, invención musical, plástica, como igualmente mímica y gestual.

Es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y desvalorizantes, es decir, narcisizantes y/o desnarcisizantes. Estas sensaciones valorizantes o desvalorizantes se manifiestan como una simbolización de las variaciones de percepción del esquema corporal, y más particularmente de aquellas que inducen los encuentros interhumanos, entre las cuales el contacto y los decires de la madre son predominantes.

La imagen del cuerpo está del lado del deseo, no ha de ser referida a la mera necesidad. Siguiendo la misma línea, Nasio(2008), concibe a la imagen inconsciente del cuerpo como el conjunto de las primeras impresiones grabadas en el psiquismo infantil por las sensaciones corporales que un bebe, o incluso un feto, experimenta en el contacto con su madre, en el contacto carnal afectivo y simbólico con su madre. Son las sensaciones experimentadas y las imágenes impresas ya desde le gestación y a lo largo de los tres primeros años de vida.

Quizás ahora se pueda reflexionar, a partir de ese primer acercamiento a la definición desde un punto de vista psicoanalítico, lo fundamental de la relación, responsable de la construcción de la imagen corporal, como bien ya nos había adelantado Doltó y ahora es Nassio quien lo retoma para perfeccionarlo. Desde otra disciplina, la antropología y sociología, Le Breton (2002), define a la imagen corporal de la siguiente manera: “La imagen del cuerpo es la representación que el sujeto se hace del cuerpo; la manera en que se le aparece más o menos conscientemente a través del contexto social y cultural de su historia personal.” (p.146)

No es casual que se hayan involucrado términos como *social* y *cultural*, teniendo en cuenta las especializaciones del autor. Sin embargo, al conceptualizar éste el término de imagen corporal ha citado a la psicoanalista francesa Gisela Pankow (1969). Cabe destacar la necesaria interrelación de las distintas disciplinas nombradas al momento de la construcción de una definición lo más competente posible. La autora, distingue dos ejes cuyo entrecruzamiento estructura, existencialmente, la imagen del cuerpo: *Una forma,* el sentimiento de la unidad de las diferentes partes del cuerpo, de su aprehensión como un todo, de sus límites precisos en el espacio y, *un contenido:* la imagen del cuerpo como un universo coherente y familiar en el que se inscriben sensaciones previsibles y reconocible.

Necesariamente se han agregado otros dos ejes al concepto, íntimamente relacionados con los primeros, uno de ellos: el del *saber*, es decir, el conocimiento, aun cuando sea rudimentario, que el sujeto tiene de la idea que la sociedad se hace del espesor invisible del cuerpo, saber cómo está constituido, como se organizan los órganos y las funciones. Estos son los ejes que acompañan al hombre en su existencia y se modifican a medida que se suceden los acontecimientos.

Finalmente: el *valor*, es decir, la interiorización que el sujeto hace del juicio social respecto de los atributos físicos que lo caracterizan (lindo/feo, joven/viejo, alto/bajo, flaco/gordo, etc.). De acuerdo con la historia personal y con la clase social en la que se estructura su relación con el mundo, el sujeto se apropia de un juicio que marca con su impronta la imagen que se hace del cuerpo y su autoestima.

Estos cuatro componentes (*forma, contenido, saber* y *valor*) dependen del contexto social, cultural, interpersonal y personal, sin el que sería impensable la imagen del cuerpo, del mismo modo que la identidad del sujeto. Sin embargo, el registro del valor representa aquí el punto de vista del Otro, y obliga al sujeto a verse desde una óptica más o menos favorable.

Por su parte Matoso (2003), retoma a Schilder (1982) cuando escribe: “Por imagen del cuerpo humano entendemos aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir la forma en que este se nos aparece.” (p.51) Matoso manifiesta que en esta cita se engarza representación mental y forma. Por representación entiende que es producto de indicadores que da la percepción; informaciones táctiles, de dolor, térmicas, datos que provienen de vísceras, músculos, etc. Información que tienden a organizar mentalmente el cuerpo en una unidad y a su vez dan una ubicación espacio-temporal, del mismo.

> La visión de Shilder es un aporte importante porque no pierde de vista lo orgánico en los procesos psíquicos y dedica buena parte de su obra a la patología cerebral que incide en la conformación de la imagen, sin descartar lo social que este proceso conlleva.” (Matoso, 2003, p.51)

Matoso (2003), concluye a partir de estos datos que:

> una imagen del cuerpo puede ser un síntoma de malestar, un trastorno postural, una desubicación témporo-espacial, es decir, no solo los sentidos son trasportadores de signos, sino que percibimos múltiples datos de la piel, las partes internas del cuerpo, las percepciones en cuanto a la relación con aquello que nos rodea, etc. Se suma a este proceso, el intérprete, el receptor, el espectador, que recibe desde sus propias imágenes, sus posturas, su relación particular con su cuerpo y lo decodifica desde esta receptividad propia. Por lo tanto, el signo, a partir de la imagen del cuerpo, es una relatividad, complejidad y arbitrariedad que sobrepasan sin duda el significante lingüístico. Las imágenes son como signos es estado de flotación y oscilación permanente, por eso es arriesgado homologarlas en una significación única, circunscripta al lenguaje. (p. 52)

Un valioso aporte en relación al tema de investigación lo realiza la autora cuando retoma la línea del psicoanálisis de la mano de Doltó (1986), cuando dice que la imagen:

> es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales, interhumanas vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. La imagen del cuerpo es en cada momento memoria inconsciente de toda vivencia relacional… es camuflable o actualizable en relación al aquí y ahora, mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje, dibujo, modelado, invención musical, plástica, como mímica y gestual. (p. 21)

Lo apreciable del análisis de la cita radica en que, al subrayarse la diferencia aquí entre esquema e imagen corporal, destaca el aspecto del primero como representación de lo orgánico y la imagen ligada al sujeto y su historia, se sigue que ambas están en transformación constante, es decir, sujetas a procesos de estructuración y desestructuración permanente. Cada modificación producida en la conformación del esquema corporal, como, por ejemplo, las consecuencias que deja una enfermedad como el cáncer, implica una reubicación de este episodio en el esquema corporal. A su vez, las modificaciones que sufre la imagen en tanto recuerdos, sensaciones de pérdida o angustia, ante el vacío o el dolor producido por esa enfermedad son subjetivos, propios de cada persona en situación con su campo relacional y su contexto (Matoso, 2003).

La imagen corporal es la posibilidad humana de representar el propio cuerpo. Esta representación es la decodificación, por así decirlo, de los múltiples datos que recibe el cuerpo. Percepciones, sensaciones, movimientos, estímulos, forman una sustancialidad corporal difusa y ambigua que al configurarse en imágenes adquieren mayor figurabilidad (Matoso, 2003).

Estas imágenes conforman un itinerario particular en cada persona, según su historia personal, su contexto social, etc. Es por eso que no hay una imagen corporal única, ni definitiva, sino justamente se caracteriza por su mutabilidad, su permanente transformación, su opacidad o nitidez según cada circunstancia. Estas circunstancias pueden ser emociones,

dolores, deseos, ideales, accidentes que la metamorfosean a cada instante. La imagen corporal es el anclaje subjetivo de la corporeidad, donde se halla impreso “lo propio”, por ejemplo, mi dolor, mi flacidez, mi insomnio. Estas imágenes van conformando un mapa del cuerpo que destaca sus marcas, sus huellas, como guía de bolsillo que guarda las señales de la propia ruta vital (Matoso, 2003).

2.1.2 Alteración en la imagen corporal

Las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos (Cash & Deagle, 1997):

- Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción en la imagen del cuerpo y sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.
- Alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal, es decir inexactitud con que se estima el cuerpo, su tamaño y forma.

Por lo anteriormente mencionado, a lo largo del presente trabajo, se utilizan los términos de alteración, insatisfacción y distorsión, y no solo uno de ellos, en pos de una investigación lo más clara posible.

Cuando se produce una alteración de la imagen corporal se desencadena un trastorno de la imagen corporal. Las primeras referencias en este campo surgen a finales del siglo XIX cuando se utiliza el término de dismorfobia (miedo a la propia forma) en 1903 refiriéndose a "la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo" (Arguello & Romero, 2012). El trastorno de la imagen corporal no es una respuesta normal ante la presencia de cambios físicos (ya sean estos reales o imaginarios), se trata más bien de una situación patológica, por lo que es importante estar alerta a la aparición de signos que evidencien el desarrollo de este diagnóstico para así prestarles ayuda en el proceso de adaptación en aquellos casos en los que los cambios físicos sean reales y brindarles apoyo psicológico cuando sea necesario (Baile, 2004). Cuando existen alteraciones de la imagen corporal los síntomas se presentan en distintos niveles de respuesta (Fig. 1).

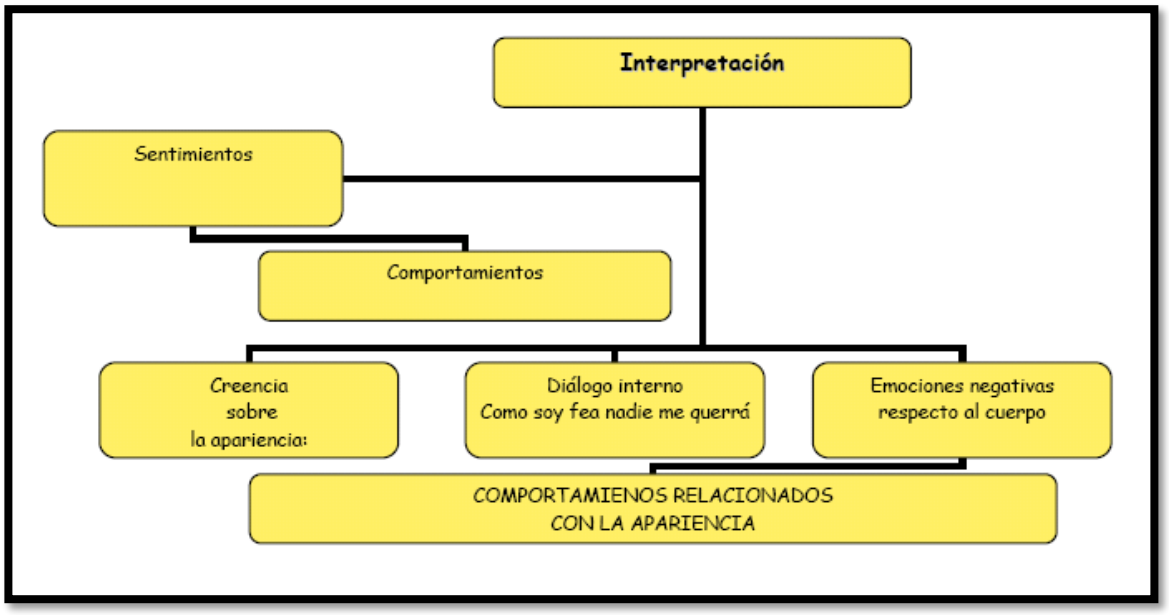


Figura 1. Comportamiento relacionado con la apariencia

Baile (2003) identifica cuatro dimensiones o componentes fundamentales:

Perceptivas: dimensión que se relaciona con la precisión con la que se percibe el tamaño corporal en sus partes o totalidad. Aquellos que padecen del trastorno de la imagen corporal sueles exagerar, deformar o distorsionar sus medidas corporales. Cabe aclarar que no se trata de una alteración visual, ya que si son capaces de percibir con exactitud y objetividad los cuerpos de las personas que los rodean, únicamente distorsionan o exageran su propio cuerpo.

Nivel Cognitivo: referido a pensamientos, creencias e ideas sobre el propio cuerpo. Este modelo manifiesta cómo se siente y cómo actúa la persona ante su propia imagen corporal. Aquí, los pensamientos no surgen de un suceso real si no de los pensamientos acerca de ellos, ya que el trastorno de la imagen corporal nada tiene que ver en cómo es o que alteraciones físicas tiene la persona. Se trata de como la persona se siente

respecto a su imagen, es decir que el problema no es el cuerpo sino lo que se siente por él.

Componente emocional: quienes sufren un trastorno de la imagen corporal pueden presentar sentimientos de insatisfacción, asco, tristeza, ansiedad, frustración, etc., derivadas de la observación del propio cuerpo (distorsiones perceptivas) o de los pensamientos sobre este (alteración del nivel cognitivo). Es importante identificar estas emociones negativas hacia la propia persona, para clasificarlas en "apropiadas" (preocupación, tristeza, enfado, entre otras) y perturbadoras (las que se relacionan con lo patológico como la ansiedad, depresión, ira, culpa o la vergüenza), para así conocer el grado de trastorno de la imagen que tiene. Este componente es el que puede generar el desarrollo de otros diagnósticos dentro del ámbito del autoconcepto, como ansiedad o baja autoestima situacional, pudiendo causar desesperanza, impotencia, aflicción crónica y asilamiento social.

Nivel conductual: asociado a las conductas centradas en la preocupación corporal, que padecen quienes tiene una alteración en la imagen corporal. Son capaces de pasar varias horas al día comprobando su defecto frente al espejo o ante cualquier superficie reflejante. Algunos evitan mirarse, mientras otros lo hacen de manera compulsiva. Piden información tranquilizadora sobre su defecto y se comparan con otros. Hacen maniobras de camuflajes de sus defectos o alteraciones, evadiendo situaciones sociales ya que creen que se fijarán en su defecto y por ello serán rechazados. También piensan que su defecto es una prueba de la imposibilidad de ser queridos o apreciados o una muestra de debilidad. Si bien estas preocupaciones pueden estar presentes en cualquier situación, se intensifican en contextos sociales, en donde la persona se percibe

autoconsciente y espera ser examinada por otro. De estas conductas se obtiene un gran valor informativo acerca del trastorno de la imagen corporal.

Aunque sean los presentes los niveles más utilizados, se agrega uno nuevo: la dimensión psicofisiológica, en la que se incluyen las respuestas de activación del sistema nervioso autónomo, síntomas como sudor, temblor, taquicardia, alteración de la respiración, etc. Queda excluido este nivel, puesto que estas reacciones y respuestas del organismo pueden ser producto de las alteraciones del nivel emocional como así también, concebirse como cambios fisiológicos producto de enfermedades oncológicas, por ejemplo, en donde lo que hay es una pérdida de la función vital originando un cambio de hábitos y sensaciones diferentes a las que han de tener que acostumbrarse constituyéndose así un nivel independiente.

2.1.3 La imagen corporal en el paciente oncológico

Fernández (2004) afirma que el impacto y la reacción de una persona frente a los cambios es su aspecto físico se va a ver afectada por múltiples variables, entre ellas:

El tipo de cambio físico que experimenta, la localización y el grado de discapacidad asociado. Hay evidencias que muestran que las cirugías radicales, como la mastectomía radical, presentan mayores problemas psicológicos y adaptativos que otro tipo de tratamientos, como así también se ha comprobado que los enfermos más vulnerables a desarrollar dificultades psicológicas y sociales son aquellos que presentan una mayor deformidad y disfunción física (Gamba, Romano, & Grosso, 1992; Languis, Bjrvell, & Lind, 1994). Cuando la localización es en la cabeza y/o cuello, es mayor el impacto que de cualquier otra parte del cuerpo, debido al valor que la integridad facial tiene en la interacción social y en la comunicación y expresión emocional. En cuanto a las disfunciones, las más

severas son las aquellas que presentan dificultades para respirar, comunicarse, tragar y las restricciones físicas que se originan frente a una amputación. Aquí, la preocupación por el aspecto físico ocupa un segundo lugar (Die Trill, Die Trill, & Die Goyanes, 2003)

*Reacción del entorno y el apoyo social percibido***.** A veces, al enfermo de cáncer lo invade la vergüenza y así el temor al rechazo por parte de las personas que los rodean, de esta manera evitan las relaciones sociales y se aíslan. Sin embargo, la aceptación y el agrado por parte de la gente de su entorno, serán cruciales para facilitar la reintegración social y las emociones positivas del paciente (Die Trill, Die Trill, & Die Goyanes, 2003).

*De la disponibilidad y acceso a los recursos necesarios***.** Como el uso de diferentes elementos, como prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada persona, de ropa especial, o el hecho de poder aprender nuevas formas de arreglarse o cuidarse, o a cualquier otro recurso va a facilitar reducirlos efectos adversos propios de estos cambios corporales y va a favorecer a la persona para que pueda sentirse más cómoda consigo misma y menos limitada(Fernández, 2004).

La valoración o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta. Puesto que no importa el cambio objetivo y real que se haya producido en el cuerpo, sino el significado que se le asigna. Esta valoración esta mediada por las creencias que cada individuo posee de sí mismo, como utiliza sus habilidades de afrontamiento y las características de personalidad (Baile, 2003; Raich, 2000).

2.1.4 Trastornos en la imagen corporal y cambios físicos en pacientes oncológicos

Basándonos en la definición de conducta anormal de Barlow & Durand, (2001), en la que se implica:

a) Presencia de una disfunción psicológica (interrupción del funcionamiento cognitivo, emocional o conductual).
b) Presencia de angustia (malestar clínicamente significativo).
c) Interfiere negativamente en el funcionamiento general de la persona (discapacidad).
d) La respuesta sea atípica, no esperada culturalmente o que viola las normas sociales.

La imagen corporal de Raich (2000), los criterios que han de tenerse en cuenta para definir la presencia de un trastorno en la imagen corporal en estos pacientes son:

A. Presencia de cambios físicos que provocan cambios en el funcionamiento cognitivo, emocional o conductual que resultan desadaptativos.
B. Presencia de angustia o malestar clínicamente significativo y un deterioro importante en la calidad de vida.
C. Discapacidad; estos cambios interfieren negativamente en el funcionamiento general de la persona.
D. La respuesta no es esperada en función de las influencias culturales o sociales.

White (2009) manifiesta que existe presencia de un trastorno en la imagen corporal en la población oncológica cuando se encuentra una fuerte discordancia entre la apariencia física objetiva o percibida de una parte del cuerpo, atributo o función corporal y la representación mental que el sujeto le atribuye. Dando por resultado la aparición de sentimientos negativos, que afectan significativamente en todos los aspectos de la vida del paciente.

2.2 Depresión

Según la Organizacion Mundial de la Salud (1993) la depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente e influir de manera negativa en todos los aspectos de la vida. Puede conducir al suicidio, cuando hablamos del aspecto más grave de la depresión. Su tratamiento dependerá de cuan grave este el paciente, la necesidad de medicamentos y/o psicoterapia profesional.

Beck (2003), afirma que la depresión se asocia a una serie de pensamientos negativos de sí mismo, del mundo y el futuro. Estas concepciones son las que originan distorsiones sistemáticas en el procesamiento de información, como la generalización, el pensamiento dicotómico, las interferencias arbitrarias, la abstracción selectiva y la personalización.

Alberdi, Taboada, Castro, y Vásquez, (2006) definen a la depresión como un síndrome o conjunto de síntomas, que incluye la presencia de síntomas afectivos como la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, como así también los síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Es una afectación integral de la vida en general.Siguiendo la misma línea, Piqueras et al.(2008)plantean que la depresión es el productofinal que se produce gracias a la conjunción de distintos factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales que alteran las pautas de neurotransmisión entre hemisferios cerebrales y el sistema límbico.

Desde una visión positiva de la psicología, la depresión es definida como el estado que sujetala existencia cuando dejamos de detenernos en las cosas simples que nos da la vida,

perdiendo la alegría simplemente por vivir, y permitimos que las dificultades nos quiten las ganas de luchar (Pereyra, 2006).

2.2.1 Depresión en pacientes oncológicos

El trastorno depresivo es uno de los más habituales en pacientes oncológicos. Este trastorno está tipificado en el DSM 5 (2013) dentro de los trastornos del estado de ánimo y requiere de las siguientes características para ser diagnosticado:

a) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día,
b) Disminución importante del interés o de la capacidad para el placer,
c) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento de apetito,
d) Insomnio o hipersomnia casi cada día,
e) Agitación o enlentecimiento psicomotores,
f) Fatiga o perdida de energía,
g) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados,
h) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, y
i) Pensamientos recurrentes de muerte.

Otra característica a tener en cuenta es que aquellos síntomas que generan malestar clínicamente significativo como el deterioro social, laboral y/o actividades importantes para la persona, no obstante, estos no deben ser causa de una enfermedad o ingesta de medicamentos o de un duelo que la persona este atravesando.

Barreto & Soler (2004) refieren que:

> la depresión, del mismo modo que la ansiedad, puede ser una reacción adaptativa a la situación o puede ser severa debido, entre otras causas a la historia previa del trastorno afectivo, la larga duración del estado o a la administración de narcóticos durante largos periodos de tiempo (p.142)

Es normal y hasta esperable que un paciente este triste, sin embargo cuando se presentan síntomas depresivos, se necesita una intervención adecuada inminente e inmediata (Kubler-Ross, 1997). La depresión en los pacientes es aproximadamente de un 25% pero se incrementa cuando aumenta la discapacidad, avanza la enfermedad o aparece el dolor (Vega, Ortiz, & Palao, 2004). Por su parte Mate, Hollenstein, y Gil (2004) sostienen que:

> El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad generan frecuentemente un malestar emocional importante, ya que suele afectar al paciente globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social. Por ello la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas (p.223).

Se hace especial hincapié en la necesidad que existe de atender los aspectos psicológicos que plantea el paciente que padece algún tipo de cáncer, como aspecto fundamental para la adaptación al proceso. “La reacción médico-paciente es el elemento a considerar más importante en la atención a pacientes con cáncer” (Mate, Hollenstein, & Gil, 2004, p. 225). Vega, Ortiz, y Palao (2004), afirman a propósito del tema: “El tratamiento adecuado de la depresión en pacientes oncológicos requiere la combinación de psicoterapia y fármacos antidepresivos” (p.270). En cuanto a la psicoterapia, puede darse individual o grupalmente, no obstante, requiere la mejora de autoestima, la adaptación a la enfermedad, la disminución de la depresión, técnicas de resolución de problemas y la trasmisión y expresión de emociones. Referidos al tratamiento farmacológico, los psicofármacos que se utilizan son los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos y los psicoestimulantes. (Mendels, 1970) Los ISRS que generan una sedación baja y menores

efectos secundarios en relación a otros, por eso son los más elegidos a la hora de administrarse psicofármacos.; por otro lado, los psicoestimulantes como la dextroanfetamina y metilfenidato, se usan en el paciente neoplásico con el propósito de disminuir la fatiga, aumentar el sentido de bienestar y estimular el apetito. (Mate, Hollenstein & Gil, 2004)

Como tratamientos no farmacológicos se cuenta con dispositivos de gran eficacia, que pueden ser complementarias a la toma de medicación o independientes de ella, como la terapia cognitiva, la conductual, la psicoterapia de orientación dinámica, la psicoterapia interpersonal, la terapia psicológica co-adyudante, la psicoterapia existencial, la psicoterapia grupal de apoyo expresiva y las técnicas tales como la hipnoterapia, psicoeducación, relajación y biofeedback. Mate, Hollestein y Gil (2004) indican que la "depresión clínica en pacientes con cáncer se maneja de manera óptima con la combinación de psicoterapia de soporte, técnicas cognitivo-conductuales y medicación antidepresiva" (p. 225)

Autores como Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979) afirman que llevar a cabo una terapia psicológica puede incluso ser, a largo plazo, más beneficiosa que una quimioterapia. Dispositivos de este tipo, hacen que el paciente aprenda de su propia experiencia psicoterapéutica, ya que apuntan a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que están por debajo de la cognición. Para ello se utilizan estrategias cognitivas y conductuales que delimitan y ponen a prueba las falsas creencias y supuestos desadaptativos del paciente (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). "Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves, no solo para modificar la conducta, sino también para elicitar cogniciones asociadas a conductas específicas." (p. 14)

2.2.2 Factores de riesgo

Si bien enfrentarse a un diagnostico oncológico, como también a los efectos de la enfermedad misma y de los tratamientos pertinentes suponen ser causantes de estrés, existen otros factores de riesgo que son específicos a las circunstancias del paciente oncológico. De manera resumida lo exponemos a continuación (Mate, Hollenstein, & Gil, 2004):

- Sexo: Mayor porcentaje en mujeres (aproximadamente 2 veces más que en hombres).
- Edad: Más común en jóvenes.
- Antecedentes de depresión y del estado de ánimo.
- Antecedentes de consumo de sustancias toxicas (alcohol, drogas, etc.).
- Bajo apoyo social.
- Incapacidad física o funcional.
- Presencia de dolor y cansancio.
- Estar en tratamiento (activo o paliativo).
- Perdidas recientes.
- *Distress* existencial, pérdida del significado.

2.3 Cáncer

En la actualidad, el cáncer es una de las enfermedades más temidas por el hombre, que afecta a una de cada tres personas (Sanz & Modolell, 2004)**.** Además, está asociada a muerte, daño, sufrimientos, síntomas amenazadores, tratamientos agresivos y prolongados en el tiempo e incluso hasta deformidades y desfiguraciones en casos extremos. A pesar de ser objeto de estudio científico, no deja de ser un tabú y aún faltan muchísimos interrogantes por resolver (Woodburn, 1964, Bruera & Fish, 2003; Franco & Rohan, 2002).

La característica fundamental de la célula cancerígena es la perdida de la capacidad de controlar su crecimiento y división, es decir, que se dividen cuando y donde no deberían hacerlo. De esta manera, se da la formación de un tumor, debido a la proliferación desorganizada de las células (Santos & Villanueva, 1986).

Como característica común, el cáncer tiene la alteración y el crecimiento incontrolado de células, tejidos y órganos en los cuales se original, sin embargo, se clasifican en cuatro tipos: carcinomas que afectan la piel, el aparato digestivo y el respiratorio; los linfomas que son los canceres del sistema linfático; los sarcomas que involucran tejido muscular, óseo o conectivo y las leucemias relacionadas con la sangre(Cruzado & Olivares, 2000)

2.3.1 Impacto psicológico del cáncer

Pocas enfermedades producen un impacto psicológico tan intenso como el cáncer, que se produzcan trastornos emocionales durante el curso de la enfermedad es muy común. Ansiedad y depresión son las reacciones psicológicas más frecuentes y tristeza, culpabilidad, impotencia ó desesperación son posibles fuentes de depresión en el paciente con cáncer.

(Martín Corral , Matellanes Febrero, & Pérez Izquierdo, 2007) Los datos epidemiológicos en diversas investigaciones muestran que el 40-50% de todos los pacientes diagnosticados de cáncer desarrollan algún tipo de malestar psicosocial durante el transcurso de su enfermedad oncológica y alrededor de un 30% requieren apoyo o ayuda profesional (Bergman, 1992).

El cáncer altera las funciones personales a todos los niveles: marital, laboral, familiar, económico, social y sexual. El paciente con cáncer está viviendo una situación que le genera un sufrimiento que se expresa en diferentes sentimientos: inseguridad, miedo, ansiedad, culpabilidad y/o confusión. (Martín Corral , Matellanes Febrero, & Pérez Izquierdo, 2007).

2.3.2 Tipos de Tratamientos

En la actualidad el cáncer ya no significa una sentencia a muerte, ya que se disponen de varios tratamientos, o combinaciones de los mismos, muchas veces (y en el mejor de los casos) acompañado de intervenciones interdisciplinarias, como el campo de la psicología, aportando al objetivo final de toda intervención: mejorar la calidad de vida del paciente. Es necesario mencionar que el tipo de tratamiento va a depender de las características del cáncer, como la extensión tumoral, la ubicación, histología y las características del paciente. Dentro de los distintos tipos de tratamiento médico nos encontramos:

- ✓ Cirugía
- ✓ Quimioterapia y Radiación

2.3.2.1 Cirugía

En la decada de los ´70 la mayoría de las resecciones incluian la amputación en los sarcomas de las extremidades, sin embargo los pacientes fallecian por enfermedad, y la recurrencia

local era de un porcentaje muy bajo. A partir de esto, se acepto la cirugia de preservacion de miembro mas la utilización de radioterapia postoperatoria (Instituto de Oncología Ángel Roffo, 2012). Dentro de las cirugias, se encuentran:

Cirugía de preservación del miembro, que consiste en la reseccion completa del tumor con margenes de al menos 2 cm de tejido peritumoral sano, incluyendo en la cirugía la cicatriz de la biopsia previa.

Cirugia reconstructiva reparadora de partes blandas, destinada a reconstruir las deformidades y corregir las deficiencias funcionales a traves de esta intervencion sobre el cuerpo.

Cirugia estetica o cosmetica, cuya finalidad es tranformar aquellas partes del cuerpo que no son satisfactorias para el paciente.

Cirugia recontructiva o reparadora, mediante tecnicas de osteosintesis, traslado de teijdos mediante colgajos, entre otras, disimula y reconstruye los efectos destructivos que puede dejar un accidente, o bien una malformacion congenita, o una reseccion oncologica u tumoral.

Cirugia de partes blandas, destinadas a las extremidades (inferior, superior, abdomen, espalda, ingle), sobre todo a las partes blandas, como asi tambien con lesiones en cabeza y cuello. Las tecnicas empeladas son la utilizacion de injertos con el fin de reparar la parte dañada y las cirugias de colgajos, para cubrir defectos oseos y reemplazar defectos musculares.

Las cirugias logran mejorar el estado intergal del paciente, se realizan en pos de una aceptacion de su entorno, tambien para conservar la funcionalidad del musculo, y reducir el dolor que causa el tumor. Sin embargo, las mismas estan sujetas a infecciones en la herida,

dehiscencia parcial de la herida y necrosis parcial de los colgajos. Por estos motivos, el cirujano debera evaluar el caso particularmente antes de llevar a cavo la resección.

Las amputaciones y resecciones mayores, son realizadas en un pequeño porcentaje de pacientes con sarcomas de los miembros.

2.3.2.2 Quimioterapia y Radiación

La quimioterapia apunta a retrasar la aparición de recidivas y/o metástasis, alargando el intervalo libre de enfermedad. Suele tener una alta eficacia en sarcomas de la infancia como el rabdomiosarcoma y en tumores de mediano y alto grado de malignidad. La quimioterapia, puede hacer resecable un tumor grande, en algunos casos. Este tipo de tratamiento, si bien hasta la actualidad no ha modificado la sobrevida de los pacientes, ha transformado el intervalo libre de enfermedad, y con la radioterapia, ha permitido que las técnicas quirúrgicas garanticen la funcionalidad y la estética del área afectada (Martinez, 2001). Es el tratamiento estándar, que considera que, pacientes jóvenes con tumores de gran tamaño y con histologías respondedoras, la reducción del tamaño tumoral pueda facilitar la cirugía (Instituto de Oncología Ángel Roffo, 2012).

En cuanto al empleo de radiciones, es el que neutraliza el grupo residual de celulas tumorales, aun despues de la cirugia, dando lugar a posibilidad de conservar la funcion y la estetica de la parte de los tejidos aledaños a la lesion, brindando asi una mejora en la calidad de vida de los pacientes (Instituto de Oncología Ángel Roffo, 2012). La braquiterapia, es una de las modalidades mas frecuentes en radiaciones, facilitando la entrega de altas dosis de radiacion en el lugar especifico, con una gran proteccion de tejidos cercanos, como asi tambien permite acortar el tiempo total de tratamiento y puede ser indicado en forma precoz (aproximadamente a los 5 dias post cirugia).

Capítulo 3: Estado del Arte

Se buscaron investigaciones conexas a la investigación presente y se ha encontrado que Lodoño y Velasco (2015) han relacionado la imagen corporal y la depresión dando por resultado que las mismas afectan negativamente la calidad de vida. Vieron que los resultados apuntan además que, por el contrario, la visión optimista potencia tanto la calidad de vida como la capacidad de afrontar situaciones de enfermedad. También se encontró que la importancia que se le da a la imagen corporal y la percepción negativa de sí mismo mermaban la percepción de bienestar; de la misma forma que a depresión aumenta la percepción del dolor, deteriora las relaciones interpersonales y altera la satisfacción con la propia vida. Se demostró que a mayor depresión menor bienestar físico (mayores achaques, molestias y dolores) y poca satisfacción con la imagen corporal en los pacientes obesos. Además, se encontró que, a mayor descontento con el peso, mayor era la insatisfacción con su figura, bienestar físico, imagen corporal, imagen social y en su ambiente laboral.

Analizando la importancia de la imagen corporal en enfermos oncológicos, Hernández, Almonacid y Garcés (2014), concluyen que el tratamiento del paciente oncológico debe abordarse desde una perspectiva bio-psico-social en el que el equipo interdisciplinar atienda a cada paciente como un todo y desarrolle un tratamiento global en el que se anticipen y atiendan todas las necesidades. Los problemas de autoimagen y cambios corporales producidos por cáncer provocan un fuerte impacto en la emocionalidad del paciente alterando significativamente su calidad de vida, por lo tanto, susceptibles de atención sanitaria.

La presencia del cáncer es un evento catastrófico, asociado a la idea de muerte, incapacidad, desfiguración y disrupción de la relación con otros (de Jesus Almonza-Muñoz & Holland, 2000). Así es como el cáncer, como ya se ha mencionado, puede desencadenar diferentes

modificaciones que afectan a la autopercepción de la imagen corporal y ello puede ser origen de diferentes reacciones psicológicas, como el malestar emocional que incluye ansiedad y depresión, entre otras.

En relación a los tratamientos para vencer al cáncer, Alvarez Taco (2014), considera que durante el tratamiento se suceden una serie de hechos que requieren de la adaptación de la mujer a una nueva situación de vida que incluye un cambio de percepción de su imagen corporal. Esto se debe a la pérdida del cabello, al aumento del peso, a la aparición de manchas en el cuerpo, por el debilitamiento de las uñas que finalmente se pierden, por el ingreso a la menopausia forzada debido a los medicamentos recetados, además de la perdida de mama o cambio en su constitución, entre otros hechos importantes. No obstante, es importante considerar que no en todas las mujeres se dan las mismas secuelas, va a depender del tratamiento recibido y de las reaccionas propias del organismo al tratamiento.

Por otro lado, lo relevante de la alteración en la imagen corporal en los pacientes oncológicos, es que no se trata de defectos imaginados o anomalía leves, sino que en la mayoría de los casos nos encontramos con una deformidad objetiva, asimetría, perdidas reales de funciones físicas y discapacidad. Lo “anormal” o excesivo no es la respuesta del enfermo, sino la situación a la que debe enfrentarse (Raush, 2017).

Galindo-Vázquez et al. (2011) han llevado a cabo una investigación donde relacionaron la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer testicular. Han llegado a la conclusión que la ansiedad es clínicamente significativa durante el periodo de tratamiento, pero no es concluyente su presencia en el periodo de seguimiento; en cuanto a la depresión, si bien está presente en el periodo de tratamiento, no es concluyente su presencia en el periodo de seguimiento. Sin embargo, se han encontrado prevalencias altas durante y después del tratamiento, de ansiedad y depresión, en pacientes con otros tipos de cáncer, sin presentarse

en pacientes con cáncer testicular. Los pacientes más jóvenes con cáncer testicular tienen mayor riesgo de presentar ansiedad y depresión, por lo que es esencial identificar aquellos pacientes oncológicos de testículo en riesgo de presentar depresión y ansiedad (Galindo-Vázquez et al., 2011)

Cabrera-Gutierrez, Mendoza-Luna, y Obando-Castro (2010) identificaron factores asociados a la depresión en pacientes oncológicos. Entre ellos, factores personales (edad, sexo, lugar de procedencia y grado de instrucción), factor de afrontamiento familiar, factores relacionados con la atención hospitalaria (satisfacción con la atención recibida y con la sala de hospitalización), y factores relacionados con la enfermedad (tiempo de diagnóstico, tiempo de hospitalización, tratamiento recibido y efectos secundarios), los cuales no han obtenido una asociación significativa con la depresión. En relación con el factor sociocultural, como el sentimiento ante el diagnostico, predominaron los sentimientos de tristeza y confusión, los cuales, al ser analizados estadísticamente, obtuvieron una asociación muy significativa con la depresión (Cabrera-Gutierrez, Mendoza-Luna, & Obando-Castro, 2010). Se concluye, a partir de dichos datos, que la depresión en pacientes oncológicos se ve influenciada por factores socioculturales y propios de la enfermedad.

Cuando se llegan a estadios más avanzados en la enfermedad, Guinot (2013) afirma que la depresión depende en gran medida de cómo ha sido la vida del paciente. Y esa depresión, continúa, no se trata con fármacos, no es una cuestión puramente bioquímica, sino existencial. Acompañar al paciente para que cambie la actitud con la que esa persona enfrenta su situación terminal, es fundamental para un tratamiento integral.

Cuando es inexorable el destino, es fundamental encontrarse con el mismo, pero con una actitud correcta plantea Frankl(2003). Si bien, esta tarea es inevitable, tanto para el psicólogo como también para aquellos quienes acompañen al enfermo en este duro periodo, no hará

que desaparezca la tristeza, pero si la angustia, y así se podrá con el paso del tiempo recordar la experiencia con serenidad (Guinot, 2013).

Carulla et al. (2013) refieren que existe una clara correlación entre la intensidad del dolor y el estado psicológico del paciente: "El potencial predictivo de ciertos factores clínicos (estadio tumoral y ciertos tipos de tumores) posibilita la identificación de pacientes oncológicos en riesgo de padecer depresión." (p. 114) La importancia de este estudio radica en que se buscan establecer criterios diagnósticos fiables para desarrollar dispositivos de evaluación de depresión en pacientes oncológicos, puesto que, si no se trata la depresión, conduce al sufrimiento del paciente y a un incremento de la mortalidad y la morbilidad.

Las repercusiones del cáncer de mama se presentan en los ámbitos físicos, social, emocional y cognitivo. Una de las consecuencias comunes es la distorsión en la imagen corporal de las pacientes, asociada con síntomas depresivos, ansiedad y baja autoestima. (Carulla, Jara, Sanz, Martinez, Ledesma, & Zubillago, 2013) Las mamas, además de una función biológica y reproductiva, representan en gran medida la feminidad, poseen carga erótica-sexual por lo que, en la sociedad, aquellas mujeres con pérdida de forma, tamaño o función de las mismas, son estigmatizadas ya que no cumplen con los cánones sociales de feminidad y belleza (Perez Tamayo, 2003). La enfermedad del cáncer de mama y las consecuencias de su tratamiento, conducen a la paciente a adaptarse a pérdidas importantes en relación a su imagen corporal y a los sentimientos y conductas que ello conlleva. (Sebastian, Manaos, Bueno, & Mateos, 2007) En cuanto a las alteraciones en imagen corporal que presentan las mujeres de cáncer de mama, se han encontrado que el 55% de mujeres se sentían menos femeninas y preocupadas por el atractivo sexual en los primeros meses de tratamiento, mientras que el 53% tenía el sentimiento la mayor parte del tiempo (Fobiar, y otros, 2006) otro estudio indica que el 44% de las mujeres sometidas a una masectomia, presentan cambios significativos en

la percepción de su cuerpo, evitando compararlo y evitando que fuera visto por otros (López-Pérez, Polaino-Lorente, & Arranz, 1992). Las preocupaciones por el aumento o la pérdida de peso, de cabello, de uñas debido a la quimioterapia, son problemas asociados con la imagen corporal (Fobiar et al., 2006). La imagen corporal es uno de los aspectos más perjudicados por el cáncer de mama, el grado de afectación a nivel emocional, puede compararse a las que se experimentan por la muerte de un ser querido (López-Pérez, Polaino-Lorente, & Arranz, 1992). Así es como los cambios en la apariencia física se convierten en una fuente de estrés que afecta directamente el estado emocional, la calidad de vida y el funcionamiento personal, familiar, social y laboral de las mujeres con cáncer de mama (Fernández, 2004). Coincidiendo con los resultados en el presente trabajo de investigación.

Método

Diseño

La investigación es de tipo correlacional, entendida como una covariación entre las variables Imagen Corporal y Depresión. Posee un corte transversal, ya que abarca a una sola muestra de pacientes oncológicos a los cuales se indaga una única vez en un momento determinado del tiempo, y la estrategia metodológica es cuantitativa ya que se emplean análisis estadísticos de los datos. Finalmente, el tipo de diseño es no-experimental ya que no se manipulan variables, solo las describe y analiza tal cual se presentan en la realidad (Hernández-Sampieri, 2014).

Muestra

El tipo de muestra es no probabilística intencional, compuesta por 75 pacientes bajo tratamiento oncológico ambulatorio de ambos sexos, 24 (32%) varones y 51 (68%) mujeres, cuyo rango etario era de 19 a 91 años (Media = 48,91 años, DT = 14,93). Los pacientes fueron reclutados en el Hospital “El Cruce” de la ciudad de Florencio Varela en la zona sur del conurbano en la Provincia de Buenos Aires. Los pacientes recibieron el diagnóstico por su enfermedad en el rango de un mes hasta 12 años (150 meses) (Media = 13,42 meses, DT = 10,75).

Criterios de inclusión/exclusión

Se incluyeron pacientes oncológicos que padecen diversos tipos de cáncer clínicamente diagnosticado, todos mayores de 18 años en adelante sin límite de edad, con más de un mes de recibido el diagnóstico. Todos los pacientes que recibieron su diagnóstico comenzaron

inmediatamente su tratamiento clínico oncológico. Se excluyeron cuestionarios incompletos o respondidos de manera incorrecta que fueron eliminados de la muestra.

Instrumentos

Cuestionario Socio-demográfico "ad-hoc." Se diseñó un cuestionario demográfico con dos objetivos: (1) caracterizar a la muestra (*Sexo/Género, Edad, Profesión o actividad laboral, Estado marital*) y características de su enfermedad, por ej. Tipo de cáncer (abierta), y Tiempo desde recibido el diagnóstico (en meses), y Tipo de tratamiento (Quimioterapia, Cirugía, Ambas, Otras).

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, Cooper, Taylor, & Cooper, 1987; Jenaro, Flores, Bermejo & Cruz, 2011). Evalúa el grado de preocupación por la imagen corporal y el riesgo mayor de padecer algún tipo de trastorno del comportamiento alimentario. El BSQ representa una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y la imagen corporal. Es un instrumento autoadministrado de 34 ítems de respuesta tipo Likert de 6 puntos (0 = Nunca a 5 = Siempre). La puntuación total oscila de 0 a 170 puntos, dividido en dos factores: (1) Insatisfacción Corporal y (2) Preocupación por el Peso. Puntuaciones elevadas en el BSQ reflejan un posible trastorno del esquema corporal y pueden ser una herramienta útil para el *screening* de individuos en riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido para esta muestra del BSQ fue de 0.81 (N ítems = 34). La escala inicia con el siguiente encabezado: "A PARTIR DEL INICIO DE MI TRATAMIENTO POR CANCER…" para que el paciente focalice su respuesta a partir de su diagnóstico/tratamiento.

Inventario de Depresión (IDB; Beck, Rush, & Shaw, 1979; del Carmen Beltrán, Freyre & Hernández-Guzmán, 2012). Desarrollado inicialmente como una escala autoaplicada de 21

ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, contiene cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador lee al participante para que seleccione la que mejor se adapta a su situación. Consta de cuatro opciones cada uno (0 a 3). La puntuación de la EDB se puede dividir en cinco categorías que evalúan la intensidad de la depresión: Sin depresión (0 a 9), Depresión leve (10 a 18), Depresión moderada (19 a 25), Depresión moderada grave (26 a 35), y Depresión grave (36 a 63). El coeficiente alfa muestra un índice de .96 (N ítems = 21). La escala inicia con el siguiente encabezado: "A PARTIR DEL INICIO DE MI TRATAMIENTO POR CANCER…" para que el paciente focalice su respuesta a partir de su diagnóstico/tratamiento.

Procedimiento

Se distribuyeron los instrumentos (BSQ y IDB) en un sobre cerrado, entregado en mano y se dieron instrucciones para completarlos. Los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato de sus respuestas. Todo/as lo/as participantes firmaron un *Consentimiento Informado* proveyendo autorización para el uso de sus datos para el presente estudio.

Resultados

Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de ambas variables mediante un análisis de Shapiro-Wilks para una muestra de 75 casos. A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución normalizada par de las puntuaciones de los dos instrumentos (BSQ y IDB) (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Prueba de Normalidad*

Variables	*Shapiro-Wilk*	*Sig.*
Imagen Corporal	0,84	< ,001
Depresión	0,97	,18

En consecuencia, debido a esta muestra menor a cien casos y sólo una de las variables con distribución asimétrica, se decidió emplear estadística normal (paramétrica) para los análisis estadísticos: el test de *t* de Student o ANOVA para comparar grupos y *r* de Pearson para correlacionar las puntuaciones de los ambos instrumentos (BSQ y IDB).

Respecto a los datos demográficos, en primer lugar, los resultados muestran que un cuarto de estos pacientes era profesional (24%), casi la mitad están sin pareja (48%), el tipo de cáncer más frecuente es mama/pecho (en mujeres, 41%), y el tratamiento más frecuente es quimioterapia (45%) o una combinación de cirugía y quimioterapia (42%) (ver Tabla 2).

Tabla 2. *Características Demográficas y Tratamiento Oncológico*

Profesión	*N*	*%*
Comerciante	7	9,3
Profesional (terciario)	18	24,0
Empleado	13	17,3
Ama de casa	11	14,7

Jubilado	12	16,0
Desempleado/Part time	14	18,7
Estado Marital		
En pareja (conviviente)	30	40,0
En pareja (no conviviente)	4	5,3
Sin pareja actual	36	48,0
Convive con sus padres e hijos	5	6,7
Tipo de Cáncer		
Mama/Pecho	31	41,3
Osteosarcoma (huesos)	9	12,0
Páncreas	7	9,3
Colon	7	9,3
Pulmón	10	13,3
Leucemia	5	6,7
Otros	9	8,1
Tratamiento		
Quimioterapia	34	45,3
Cirugía	7	9,3
Ambas	32	42,7
Otras	2	2,7

La H1 predecía que se encontraría una correlación positiva y significativa entre imagen corporal y depresión, lo cual se confirmó, así como sus dos subescalas (Insatisfacción Corporal y Preocupación por el Peso, ambas todas Sig. < .001) (ver Tabla 3).

Tabla 3. *Correlación entre Depresión con Imagen Corporal en pacientes oncológicos*

	Depresión	
	r de Pearson	*Sig.*
F1.Insatisfacción Corporal	,50	< .001
F2.Preocupación por el Peso	.41	< .001
Imagen Corporal	,48	< .001

La H2 predice que las mujeres puntúan más alto en distorsión de la imagen corporal y depresión en comparación con los varones, lo cual se confirmó para Imagen Corporal (*t* = 3,59; Sig. = .001) así como sus dos subescalas (Insatisfacción Corporal y Preocupación por el Peso, ambas Sig. < .001) y depresión (*t* = 2,18; Sig. = .03) (ver Tabla 4).

Tabla 4. *Diferencia de Género en Depresión e Imagen Corporal en pacientes oncológicos*

Variable	*Género*	*N*	*Media*	*DT*	*t*	*Sig.*
1.Insatisfacción Corporal	Masculino	24	28,54	9,77	3,58	,001
	Femenino	51	44,94	21,30		
2.Preocupación por el Peso	Masculino	24	20,00	5,50	3,35	,001
	Femenino	51	28,43	11,68		
Imagen Corporal	Masculino	24	47,04	14,36	3,59	,001
	Femenino	51	70,86	30,88		
Depresión	Masculino	24	12,00	6,62	2,18	,03
	Femenino	51	15,94	7,56		

La H3 predice que se encontraría una diferencia significativa en distorsión de la imagen corporal en pacientes con cáncer de pecho/mama en comparación con otros tipos de cáncer, lo cual se confirmó (*t* = 3,39; Sig. = .001), así como sus dos subescalas (Insatisfacción Corporal y Preocupación por el Peso) (ver Tabla 5).

Tabla 5. *Comparación entre Cáncer de mama/pecho y otros tipos de Cáncer en Imagen Corporal y Depresión*

Variables	*Grupo*	*N*	*Media*	*DT*	*t*	*Sig.*
Insatisfacción Corporal	Cáncer Mama/Pecho	33	47,97	22,81	3,41	,001
	Control (no mama/pecho)	42	33,19	14,48		
Preocupación por el Peso	Cáncer Mama/Pecho	33	29,88	12,36	3,10	,003
	Control (no mama/pecho)	42	22,48	8,23		
Imagen Corporal	Cáncer Mama/Pecho	33	75,18	33,00	3,39	,001
	Control (no mama/pecho)	42	53,86	21,20		
Depresión	Cáncer Mama/Pecho	33	15,18	7,73	0,51	n.s.
	Control (no mama/pecho)	42	14,28	7,30		

Se comparó tipos de tratamiento oncológico en imagen corporal y depresión, pero no se encontraron diferencias significativas (ver Tabla 6). Sin embargo, se encontraron diferencias en imagen corporal y depresión en pacientes oncológicos para Estado Marital. Se obtuvo mayor distorsión corporal en pacientes no convivientes con su pareja en comparación con otros estados maritales (ver Tabla 7).

Tabla 6. *Comparación entre tipos de tratamiento oncológico en Imagen Corporal y Depresión*

Variables	*Tipo*	*N*	*Media*	*DT*	*F*	*Sig.*
Imagen Corporal	Quimioterapia	34	61,12	29,20	1,46	n.s.
	Cirugía	7	50,71	8,90		
	Ambas	32	69,66	30,83		
	Otras	2	40,50	2,12		
Depresión	Quimioterapia	34	14,82	7,10	1,13	n.s.
	Cirugía	7	11,28	4,02		
	Ambas	32	15,65	8,08		
	Otras	2	8,50	12,02		

Tabla 7.*Comparación entre Estado Marital en Imagen Corporal y Depresión en pacientes oncológicos*

Variables	*Estado Marital*	*N*	*Media*	*DT*	*F*	*Sig.*
Insatisfacción Corporal	En pareja (conviviente)	30	38,77	19,95	2,55	n.s.
	En pareja (no conviviente)	4	65,50	30,77		
	Sin pareja actual	36	37,56	17,27		
	Convive con sus padres e hijos	5	40,00	19,97		
Preocupación por el Peso	En pareja (conviviente)	30	24,63	10,07	3,19	,02
	En pareja (no conviviente)	4	41,00	17,01		
	Sin pareja actual	36	25,44	10,20		
	Convive con sus padres e hijos	5	22,20	7,08		
Imagen Corporal	En pareja (conviviente)	30	61,33	28,72	2,79	,03
	En pareja (no conviviente)	4	102,50	44,88		
	Sin pareja actual	36	60,69	25,39		
	Convive con sus padres e hijos	5	61,60	25,71		
Depresión	En pareja (conviviente)	30	13,40	7,37	1,86	n.s.
	En pareja (no conviviente)	4	22,25	12,71		
	Sin pareja actual	36	14,61	6,85		
	Convive con sus padres e hijos	5	16,80	5,31		

Conclusiones

El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de distorsión corporal y su relación con la depresión pos-diagnóstico en pacientes oncológicos, más específicamente evaluar diferencias de género y otras variables demográficas en depresión e imagen corporal y comparar tipos de cáncer. Los resultados muestran que la distorsión de la imagen corporal en los pacientes oncológicos produce una tendencia a la depresión, así como también mayor insatisfacción corporal y preocupación por el peso (aumento de la delgadez). Esto claramente demuestra que la insatisfacción con la imagen corporal está relacionada con una disminución del peso corporal o pérdida de peso significativo a partir del inicio del tratamiento (aunque no se encontró ninguna relación significativa entre el tiempo del tratamiento y la distorsión corporal).

Los resultados son directamente pertinentes a las pacientes mujeres, en particular, para el cáncer de mama que claramente produce un aumento en la distorsión del cuerpo, es decir la alteración perceptiva que incluyen las alteraciones de la imagen corporal, en comparación con otros tipos de cáncer que afectan a los varones (aunque aquí no se colectaron, por ejemplo, casos de cáncer de próstata).

Sin embargo, una debilidad de este estudio es que no podemos afirmar que dicha relación no está presente en la población sin cáncer, u otras enfermedades, sin un grupo de comparación para demostrarlo. También es esperable encontrar distorsión corporal (sea por obesidad o por delgadez extremas) positivamente relacionadas con la falta de ánimo, la tendencia a la tristeza y otros síntomas de la depresión no clínica en la población general. Otro dato relevante en esta muestra es la ausencia de variabilidad en depresión, esto es, sólo se encontraron apenas dos casos de individuos sin indicadores de depresión. Sin embargo, estudios previos

(Cabrera-Gutierrez, Mendoza-Luna, & Obando-Castro, 2010) demuestran que los pacientes oncológicos tienden a sumergirse en tristeza, amargura y distimia frente al tipo de tratamiento y su carácter invasivo, así como el pronóstico negativo para hacer frente a la patología oncológica. Además, el apoyo marital parece ser pertinente en esta muestra, el cual indica que aquellos que están solos o no conviven con una pareja, tienden a mostrar mayor distorsión en comparación con quienes conviven con padres, hijos o cónyuges.

Discusión

Como ha mencionado Lodoño & Velasco (2015), la importancia de la imagen corporal y la percepción negativa de sí mismo disminuyen la percepción de bienestar, de la misma forma que la depresión aumenta la percepción del dolor, deteriora las relaciones interpersonales y altera la satisfacción con la propia vida. Los resultados obtenidos en la presente investigacion coinciden con ambos autores: la insatisfaccion y la distorsion de la imagen corporal impacta negativamente sobre el estado anímico del paciente.

Hernández, Almonacid y Garcés (2014) plantean que la distorsión en la autoimagen y cambios corporales producidos por cáncer provocan un fuerte impacto en el estado emocional del paciente dejándolo expuesto a padecer depresión clínica. El cáncer es un evento percibido como “catastrófico”, que lleva inscripto la idea de muerte, incapacidad, desfiguración y alteración de la relación con otros (De Jesus Almonza-Muñoz & Holland, 2000), pudiendo desencadenar un estado de ánimo que afecta la autopercepción de la imagen corporal lo cual puede ser origen de diferentes reacciones psicológicas, como el malestar emocional que incluye ansiedad y depresión, entre otras.

Para la mujer enferma de cáncer de mama, Alvarez Taco (2014), afirma que durante el tratamiento se suceden alteraciones (pérdida del cabello, debilitamiento de uñas, manchas en el cuerpo, perdida o cambio en la mama, entre otros) que requieren de la adaptación de la mujer a una nueva situación de vida que incluye un cambio de percepción de su imagen corporal, coincidiendo con los resultados obtenidos en este trabajo. Galindo-Vázquez et al. (2011) concluyen que la depresión, si bien está presente en el periodo de tratamiento, no es concluyente su presencia en el periodo de seguimiento.

En relación a los factores que desencadenan la depresión en los pacientes con cáncer, Cabrera-Gutierrez, Mendoza-Luna y Obando-Castro (2010) sostienen que se ven influenciados por factores socioculturales y propios de la enfermedad, por otro lado, Guinot (2013) afirma que depende en gran medida de cómo ha sido la vida del paciente. Si esa depresión, continúa y no se trata con fármacos, no es una cuestión puramente bioquímica, sino existencial.

Retomando a la mujer que padece cáncer de mama, su condición puede representar consecuencias negativas en los ámbitos físicos, social, emocional y cognitivo. Una de éstas es la distorsión en la imagen corporal pudiendo desencadenar insatisfacción en la imagen de sus cuerpos y su feminidad, que a su vez, se asocia con síntomas de ansiedad y baja autoestima (Carulla, Jara, Sanz, Martinez, Ledesma, & Zubillago, 2013).

La administración de las escalas en el presente trabajo se llevó a cabo durante el contexto de pandemia CODIV-19, lo cual aumenta los niveles de ansiedad intrahospitalario, a consecuencia de lo cual no tengo la certeza de que singular contexto social y psicológico pudo haber afectado negativamente sobre la pequeña muestra de pacientes que debían visitar con frecuencia el hospital. Como fortaleza, una ventaja adicional fue encabezar ambos instrumentos (sobretodo IDB) para ayudar a focalizar las respuestas asociadas al cáncer en

los últimos seis meses (corte transversal de la muestra), lo cual, de contrario el IDB hubiera medido otros reactivos de depresión muy lejos de mi interés por el cáncer (por ej. rupturas maritales, duelos, y otros eventos negativos en sus vidas). Una última debilidad del estudio es que alguno/as pacientes se negaron a responder ítems sociodemográficos, tales como "Ingresos Económicos" y "Religión". Otro diseño debería incluir éstas y otras variables sociales por lo que se sugiere ampliarlas para próximas investigaciones.

Para futuras investigaciones, además, se llevará cabo el análisis más cualitativo de las consecuencias por los efectos psicológicos, de la depresión sobre la imagen corporal de los pacientes con cáncer y explorar otras variables psicológicas, personalidad y habilidades cognitivas en pacientes con cáncer. En relación a las limitaciones, se puede mencionar el número pequeño de pacientes y un grupo de comparación con enfermedades crónicas (sin cáncer) para determinar posibles diferencias.

Referencias

Abric, J. C. (1994). L'organisation interne des représentations sociales: Système central et système périphérique. En G. C. (Comp.), *Structure et transformations des représentations sociales* (pp. 73-84). Paris: Delachaux et Niestlé.

Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., & Vásquez, C. (2006). *Depresión*. *Guías Clínicas*, 1-6.

Alvarez Taco, L. (2014). Hacia la comprensión del cáncer de mama: imagen corporal, personalidad y calidad de vida. UNIFÉ: *Temática Psicológica*, *9*, 27-35.

Anderson, M. S., & Johnson, J. (1994). Restoration of body image and self-esteem for women after cancer treatment: a rehabilitative strategy. *Cancer Practice,12*, 345-349.

Arguello, L., & Romero, I. (2012). Trastorno de la imagen corporal. *Revista Reduca*. Serie, pp. 478-518.

Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marques de San Adrián, 9*, 53-72.

Baile, J. (2004). *Imagen Corporal: Perspectiva psicológica*. Mexico: ACD.

Barlow, D., & Durand, M. (2001). *Psicología Anormal: Un enfoque integral*. Madrid: International Thomson Editores.

Barreto, M., & Soler, M. (2004). Psicologia y fin de vida. *Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncología, 4*, 135-146.

Beck, A. (2003). *Depresión, aspectos psicológicos*. Océano.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclee de Brouwer.

Berger, P. &. (1996). *Construção social da realidade*. Vozes.

Bernard, M. (1976). *El cuerpo, un fenomeno ambivalente*. Paidós.

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nerviosa. *Psychosomatic Medicine, 6*, 187-194.

Bruera, E., & Fish, M. (2003). *Handbook of Advanced Cancer Care*. Cambridge University Press.

Cabrera-Gutierrez, L., Mendoza-Luna, E., & Obando-Castro, P. (2010). Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos. *Revista de Enfermería Herediana, 2*, 96-103.

Carulla, J., Jara, C., Sanz, J., Martinez, C., Ledesma, F., & Zubillago, E. (2013). Dolor como factor predictor de depresión en el paciente oncológico: estudio de casos y controles. *Rev. Soc. Esp,23*, 113-121.

Cash, T., Jakatdar, T., & Fleming, E. (2004). The Body Image Quality of Life Inventory: further validation with college men and women. *Body Image*, 279-287.

Cavanagh, S. (1983). The prevalence of cognitive and emotional disfunction in a general medical population using the MMSE, GHA and BDI. *Gen Hosp Psychiatry*, 15-21.

Cruzado, J., & Olivares, M. (2000). Evaluacion y Tratamiento Psicologico del Cancer. En J. Baceta, & B. Mas, *Intervencion Psicologica en Trastornos de Salud* (pp. 341-402). Dykinson-Psicologia.

De Jesus Almonza-Muñoz, J., & Holland, J. (2000). Psico-oncologia: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 196-206.

Del Carmen Beltran, M., Freyre, M. A., & Hernandez-Guzman, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 5-13.

Die Trill, M. (2003). Los trastornos del estado de ánimo. En M. Die Trill (Ed.) *Psico-oncología* (págs. 347-366). Ades.

Die Trill, M., Die Trill, J., & Die Goyanes, A. (2003). Tumores en la cabeza y cuello. En M. Die Trill, *Manual de Psicooncología* (págs. 145-63). Ades.

Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós.

Endicott, J. (1984). Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*, 2243-2248.

Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia fisica en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 169-180.

Fisher, E. (1986). *Development & structure of the body image*. Lawrence Erlbaum.

Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about de body. En C. T.F, & P. T., Body (Ed.), *Images. Development, Deviance and Change* (pp. 3-21). The Guilford Press.

Flach, F., & Dragui, S. (1975). *The Nature and Treatment of Depression*. John Wiley & Sons.

Franco, E., & Rohan, T. (2002). *Cancer Precursors: Epidemiology, Detection and Prevention*. Springer-Verlag.

Frankl, V. E. (2003). *Ante el vacio existencial*. Herder.

Fundacion ECO. Generlidades en Oncologia. Madrid, España: Fundacion ECO: 2014

Galindo-Vázquez, O., Valadez-Téllez, L., Álvarez_Avitia, M., González-Forteza, C., Robles-García, R., & Alvarado-Aguilar, S. (2011). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan). *Gaceta Mexicana de Oncología*, 129-135.

Gamba, A., Romano, M., & Grosso, I. (1992). Psychosocial adjustment o patients surgically treated for head and neck cancer. *Head & Neck*, 218-223.

Guinot, J. L. (2013). La depresion en pacientes oncologicos al final de la vida. *C. M. Psicobioquímica*, Depresión en Cáncer (pp. 5-13).

Gutierrz, J. (1998). La teoria de las representaciones sociales y sus implicaciones metodologicas en el ambito psicosocial. *Psiquiatria Pública*, 211-219.

Hamilton, W., & Peters, T. (2007). Cancer diagnosis in primary care. Churchill Livingstone.

Hernández, A., Almonacid, V., & Garcés, V. (2014). Cáncer e Imagen: El duelo corporal. *Duelo en Oncología*, 183-96.

Jenaro, C., Flores, N., Bermejo, B. C., & Cruz, M. (2011). Cuestionario de Imagen Corporal para la deteccion temprana de trastornis de la conducta alimentaria. *Acción Psicológica*, 8 7-20.

Kubler-Ross, E. (1997). *On Death and Dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy, and their own families*. Simon & Schuster.

Languis, A., Bjrvell, H., & Lind, M. (1994). Functional status and coping in patients with oral and pharyngeal cancer before ande after surgery. *Head & Neck*, *16*(6), 559-68.

Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.

Lipowski, Z. (1969). Psychosocial aspects of disease. *Ann Intern Med.*, 1197-206.

Lodoño, C., & Velasco, M. (2015). Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, IMC, y riesgo de TCA como predictores de calidad de vida relacionada con la salud. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 35-47.

López, J., & Valle, P. (2008). Trastornos de la imagen corporal en alteraciones del comportamiento alimentario. En aspectos actualles en medicina. Libro homenaje al Dr. Morchón: *Colegio Oficial de Médicos*, 89-92.

López, M., Fernández, C., & Polo, M. (2005). Relación entre el nivel de estudios y el autoconcepto en adultos con discapacidad motora. *Psicologia Educativa*, 99-111.

Martinez, I. (2001). Sarcomas de partes blandas: Tendencias actuales. *Revista Cubana Oncología*, 7-10.

Mate, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, Ansiedad y Depresion en el paciente oncologico. *Revista Interdisciplinar: Asociacion de Psico-oncología de Madrid*, 211-230.

Matoso, E. (2003). *El cuerpo, territorio de la imagen*. Letra Viva.

Mendels, J. (1970). *Concepts of Depression*. John Wiley & Son.

Mendels, J. (1977). *La Depresión*. Herder.

Moscoso, M. M. (2000). A brief screening inventory to measure emotional distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9S4.

Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Paidós.

Navarro, A. (2004). Ayudando a los pacientes con cancer. *Revista Interdisciplinar: Asociacion de Psico-Oncologia de Madrid*, 151-155.

Pankow., G. (1969). *El hombre y su psicosis*. Amorrortu.

Pereyra, M. (2006). *Psicología Positiva*. Imprenta Union.

Phillips, K. (1996). *The Broken mirror*. Oxford University Press.

Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., & Oblitas, L. (2008). Ansiedad Depresión y Salud. *Suma Psicológica*, 47-43.

Pruzinki, T., & Cash, T. (1990). *Body images: Development deviance and change*. New York: Guilford Press.

Raich, R. (2000). ¿Por qué hay personas que sufren el trastorno de la imagen corporal? Desarrollo del trastorno de la imagen corporal. En R. Raich (Ed.) *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo* (pp. 67-93). Pirámide.

Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Pirámide.

Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 15-27.

Raush, M. B. (2017). Imagen Corporal y Sexualidad en Cuidados Paliativos. *Erasmus: Revista para el diálogo intercultural*, 129-139.

Revista de la Asociacion Medica Argentina. (2004). La llamada “Depresión Mayor” en el curso de la enfermedad de cáncer diseminado con metastasis numerosas. *Medicina Critica, 18*(4), 127-129.

Rodriguez Vega, B., Ortiz, A., & Palao, A. (2004). Atención psiquiátrica y psicológica al paciente oncológico en las etapas finales de la vida. *Revista Interdisciplinar: Asociacion de Psico-oncología de Madrid, 1*, 2-3,263-282.

Instituto de Oncología "Ángel Roffo" (2012). *Pautas en Oncología. Diágnostico, tratamiento y seguimiento del cáncer.* Instituto de Oncología Ángel Roffo Editor.

Salaberria, K., Rodriguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la Imagen Corporal. *Cuadernos de Ciencias Médicas,* 171-183.

Salud, O. M. (26 de Enero de 2017). *Temas de salud. Depresión* [Recuperado de www.who.int/topics/depression/es].

Santos, E., & Villanueva, J. (1986). *El cáncer: Libros de investigación y ciencia*. Prensa Científica.

Sanz, E., & Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: Un modelo de Interacción. *Revista Interdisciplinar* de la *Asociacion de Psico-oncología de Madrid*, 75-82.

Schilder, P. (1987). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Paidós.

Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. International Universities Press.

Skrzypek, S., Wehmeier, P., & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *Europa Child and Adolescent Psychiatry, 10*, 215-221.

Slade, P. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.

Sohl, S., & Moyer, A. (2009). Refining the conceptualization of a future-oriented self regulatory behavior: proactive coping. *Personality and Individual Difference*, 139-144.

Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (1994). *Comportamiento Anormal, 4ta Ed.*: Mc Graw Hill.

Thompson, J. (1990). *Body image disturbances: assessment and treatment*. Pergamon Press.

Tobin, M., Lacery, H., Mayer, L., & Mortimer, P. (1993). The psychological morbidity of breast cancer. *Cancer*, 32-48.

Vega, B., Ortiz, A., & Palao, A. (2004). Atención psiquiátrica y psicológica al paciente oncológico en las etapas finales de la vida. *Revista Interdisciplinar: Asociación de Psico-oncologia de Madrid*, 263-282.

Vinaccia, S., Tobon, S., Moreno, E., Cadena, J., & Anaya, M. (2005). Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Psychology and Psycological Therapy*, 45-59.

White, C. (2009). Body Image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-oncology*, 183-92.

Woodburn, J. (1964). *Cancer: The Search for its origins* Holt, Rinehart and Winston.

Anexos

Anexo 1: Gráficos

Caracterización de la muestra

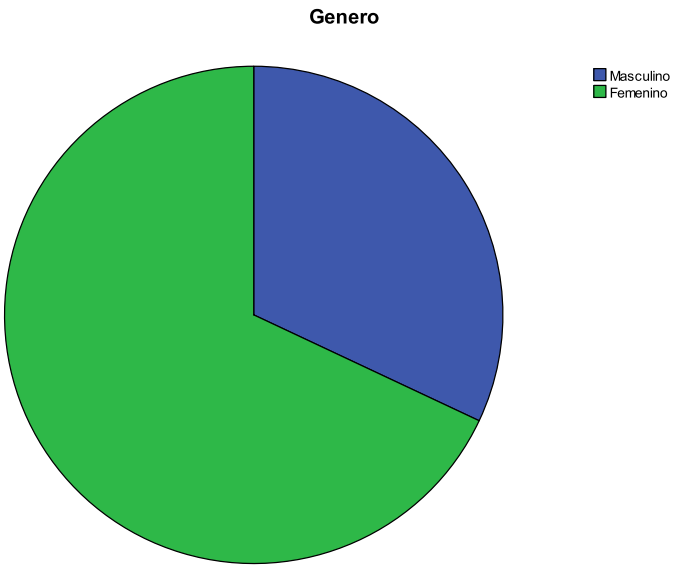


Gráfico 1. *Distribución de la variable Genero*

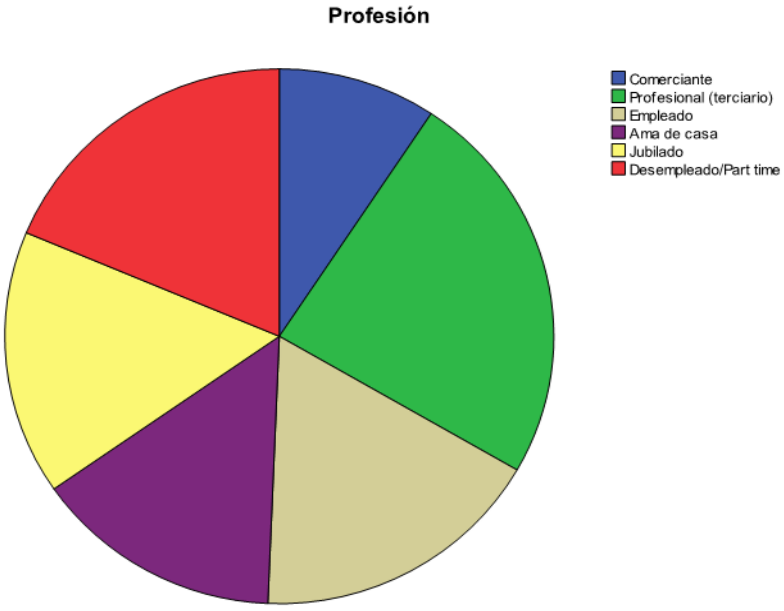


Gráfico 2.*Distribución de la variable Profesión*

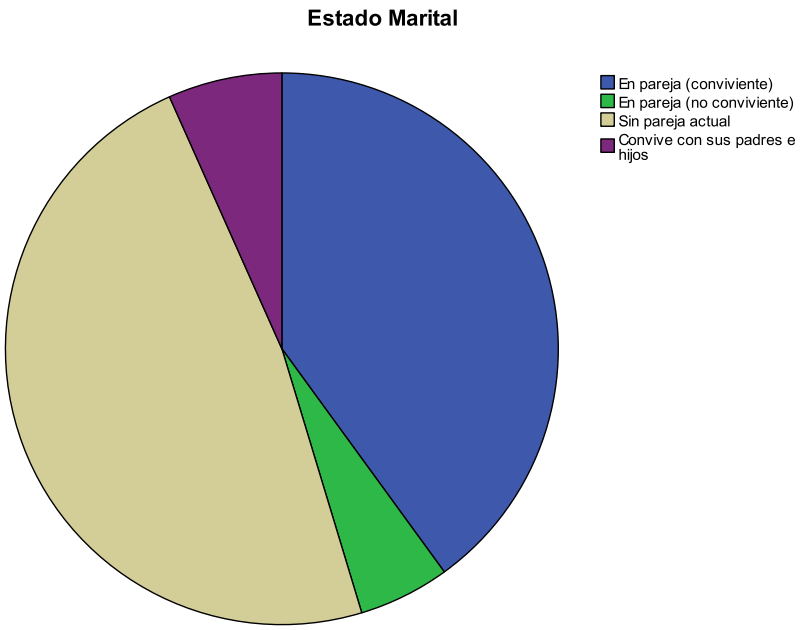


Gráfico 3.*Distribución de la variable Estado Marital*

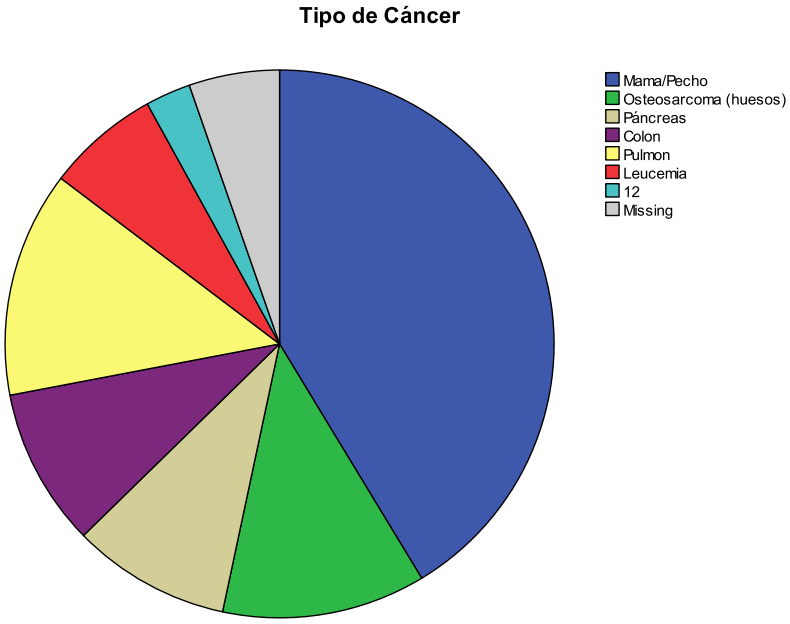


Gráfico 4.*Distribución de la variable Tipo de Cáncer*

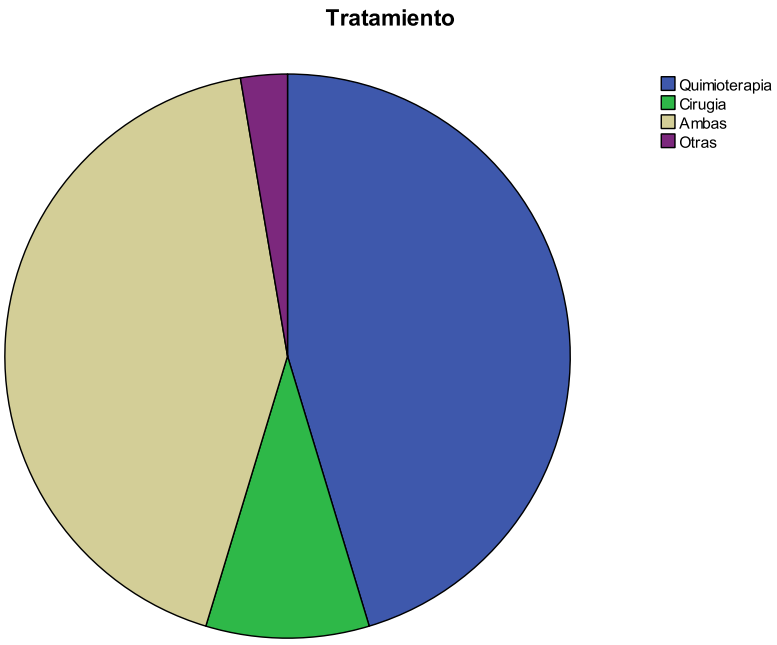


Gráfico 5. *Distribución de la variable Tratamiento.*

Anexo 2: Instrumentos

DATOS INICIALES

Localidad: _____

Edad: _____ años Email**: _____ [escribir con letra imprenta]**

Género

❑ MASCULINO ❑ FEMENINO

Profesión o actividad laboral:

❑ Comerciante
❑ Profesional (terciario)
❑ Empleado administrativo
❑ Ama de Casa
❑ Jubilado
❑ Desempleado / trabajo *part-time*
❑ Técnico

(Marcar la más importante, pero puede marcar más de una si desempeña dos importantes actividades)

Estado marital

❑ En pareja (conviviente)
❑ En pareja (no conviviente)
❑ Sin pareja actual
❑ Convive con sus padres y/o hijos

Tipo de cáncer

❑ Mama/Pecho
❑ Osteosarcoma (huesos)
❑ Páncreas
❑ Colon
❑ Pulmón
❑ Leucemia
❑ Otro:_____

Tipo de tratamiento

❑ Quimioterapia
❑ Cirugía
❑ Ambas
❑ Otros

¿Cuál o cuáles? _____

Tiempo desde recibido el diagnóstico ____ (en meses)

Circule el número que más se aproxima a su estado de ánimo.

A PARTIR DE MI DIAGNOSTICO POR CANCER…

0. No me siento triste.
1 Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

0. No me siento desanimado con relación al futuro.
1. Me siento desanimado con relación al futuro.
2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
3. No hay esperanza para el futuro.

0. No me siento un fracasado.
1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3 Soy un fracaso total como persona.

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

0. No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3 Me siento culpable constantemente

0. No creo que esté siendo castigado.
1 Siento que quizá esté siendo castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

0. No estoy descontento de mí mismo.
1 Estoy descontento de mí mismo.
2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
3 Me detesto.

0. No me considero peor que cualquier otro.
1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2 Me culpo continuamente por mis fallas.
3 Me culpo por todo lo que sucede.

0. No tengo ningún pensamiento suicida.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2 Desearía poner fin a mi vida.

3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.

0. No lloro más de lo normal.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
3 No puedo dejar de llorar.

0. No estoy irritado.
1 Me irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento continuamente irritado.
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

0. No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 He perdido gran parte del interés por los demás.
3 He perdido todo interés por los demás.

0. Tomo mis propias decisiones como de costumbre.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Me resulta imposible tomar decisiones.

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3 Creo que tengo un aspecto horrible.

0. Trabajo igual que antes.
1 Comenzar a hacer algo me toma más esfuerzo de lo habitual.
2 Tengo que obligarme para poder hacer algo.
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

0. Duermo tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

0. No me siento más cansado de lo normal.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso apenas hago cualquier cosa.
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

0. Mi apetito no ha disminuido.
1 Tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito que antes.
3 He perdido completamente el apetito.

0. No he perdido peso últimamente.

1 He perdido más de 2 kilos.
2 He perdido más de 4 kilos.
3 He perdido más de 7 kilos.

0. No estoy preocupado por mi salud.
1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestares estomacales, resfríos, etc.
2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1 La relación sexual me atrae menos que antes.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
3 He perdido totalmente interés sexual.

A PARTIR DEL INICIO DE MI TRATAMIENTO POR CANCER…

1.	me siento molesta/o o enfadada/o al hacer un examen de mi aspecto físico.	1 2 3 4 5
2.	me sentí tan preocupada/o por mi aspecto físico que pensé que debería hacer dieta.	1 2 3 4 5
3.	pensé que mis nalgas, caderas, cintura o muslos eran demasiado "delgados" en relación al resto de mi cuerpo.	1 2 3 4 5
4.	sentí temor a deformarme o a empezar a disminuir de peso.	1 2 3 4 5
5.	me he sentido preocupada/o al sentir que mi piel o mi carne no era suficientemente firme y tonificada.	1 2 3 4 5
6.	la sensación de "estoy lleno" (por ejemplo después de una comida abundante) me ha hecho sentir molesta/o.	1 2 3 4 5
7.	me he sentido tan mal en relación a mi figura corporal que tuve que gritar o llorar.	1 2 3 4 5
8.	evité trotar a causa de que mi cuerpo podía tambalearse o moverse como gelatina.	1 2 3 4 5
9.	el hecho de estar junto a una mujer/hombre me ha hecho tomar conciencia del estado de mi imagen corporal.	1 2 3 4 5
10.	me he sentido preocupada/o por la parte de mis muslos que quedan visibles al sentarme.	1 2 3 4 5
11.	el hecho de comer incluso pequeñas cantidades de comida, me hizo sentir deforme.	1 2 3 4 5

12. el hecho de ver detalladamente la figura de otraspersonas, me hizo compararme y sentirme en desventaja por mi aspecto físico. 1 2 3 4 5

13. el hecho de pensar en mi figura hace que me sea difícil concentrarme en otras cosas (por ejemplo, mientras veía la televisión, leía o estudiaba). 1 2 3 4 5

14. estar desnudo/a (por ejemplo, al darme un baño) me hizo sentir deforme. 1 2 3 4 5

15. evito utilizar ropas que resalten mi figura corporal. 1 2 3 4 5

16. he imaginado modificar algunas zonas de mi cuerpo (barriga, muslos, nariz). 1 2 3 4 5

17. todo o parte de mi tratamiento contra el cáncer me ha hecho sentir deforme/o. 1 2 3 4 5

18. no asistí a "bailes" o reuniones sociales porque me sentía mal con mi figura. 1 2 3 4 5

19. me he sentido excesivamente deforme. 1 2 3 4 5

20. me he sentido avergonzada/opor mi figura corporal. 1 2 3 4 5

21. la preocupación acerca de mi figura corporal me hace abandonar el tratamiento 1 2 3 4 5

22. me siento más feliz con mi figura cuando mi estómago está vacío. 1 2 3 4 5

23. pensé que la causa del estado de mi figura era debido a que no era capaz de controlarme a la hora de comer. 1 2 3 4 5

24. me siento preocupada/o si otras personas me ven delgados en mi cintura, caderas o estómago. 1 2 3 4 5

25. siento que no es justo que otras personas sean más robustas que yo. 1 2 3 4 5

26. he vomitado con la intención de sentirme más liviano/a. 1 2 3 4 5

27. me siento preocupado/aen compañía de otras personas por el hecho de ocupar demasiado espacio (estar entada en el sofá o asiento del autobús. 1 2 3 4 5

28. Me siento preocupado/a porque se me formen hoyuelos en la piel o por tener celulitis. 1 2 3 4 5

29. Al ver mi imagen en el espejo me sentí mal con el estado de mi figura. 1 2 3 4 5

30. He pellizcado zonas de mi cuerpo para ver cuánta grasa tiene. 1 2 3 4 5

31. Evito situaciones en donde otras personas puedan ver detalles de mi cuerpo (piscinas, playas, gimnasios). 1 2 3 4 5

32. Tomo laxantes buscando sentirme más liviana.

33. Tomé especial conciencia de mi figura estando en compañía de otras personas. 1 2 3 4 5

34. La preocupación por mi figura hizo sentirme que debería hacer ejercicio. 1 2 3 4 5