



Original / *Cáncer*

# Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama

M. J. Aguilar Cordero<sup>1</sup>, M. Neri Sánchez<sup>2</sup>, N. Mur Villar<sup>3</sup> y E. Gómez Valverde<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España. <sup>2</sup>Maestría en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma del Estado de México. <sup>3</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba. <sup>4</sup>Departamento de Patología Quirúrgica. Universidad de Granada. España.

## Resumen

El pecho de la mujer está muy relacionado en la cultura occidental con el mundo de la sexualidad y el atractivo físico, aunque puede variar en función del contexto.

**Objetivo:** Determinar la influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama.

**Material y método:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal. Los escenarios del estudio estuvieron constituidos por el Centro Oncológico Estatal del ISSEMyM en la ciudad de Toluca (México), y el Hospital Clínico San Cecilio de la ciudad de Granada (España). La totalidad del universo estuvo formado por 72 mujeres mastectomizadas. De ellas, 30 correspondieron a México y 42 a España. Se recogieron datos de variables sociodemográficas y las mujeres respondieron a preguntas sobre su historia clínica personal y familiar. Se aplicó la Escala validada BIS (Body Image Scale) de Hopwood.

**Resultados:** El 67,7% mujeres mastectomizadas españolas se encuentran activas laboralmente en comparación al 43,3% de las mujeres mexicanas. Diferencia estadísticamente significativas en los dos grupos ( $p < 0,05$ ). En la medida en que las mujeres se vinculan al mundo laboral e incrementan su nivel de escolaridad, la aceptación de la imagen corporal muestra mejores resultados. Las mujeres que viven en contextos sociales desarrollados tienen una mejor percepción de su imagen corporal. Con una diferencia significativa de ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** El contexto social influye en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. La ocupación laboral y el grado de escolaridad fueron determinantes de la percepción de la misma.

(Nutr Hosp. 2013;28:1453-1457)

DOI:10.3305/nh.2013.28.5.6517

Palabras clave: Contexto social. Imagen corporal. Cáncer de mama.

## INFLUENCE OF THE SOCIAL CONTEXT ON THE BODY IMAGE PERCEPTION OF WOMEN UNDERGOING BREAST CANCER SURGERY

### Abstract

In Western cultures, female breasts are strongly related to the world of sexuality and physical attractiveness, although this can vary according to the social context.

**Objective:** To determine the influence of social context on the body image perception of women undergoing breast cancer surgery.

**Material and method:** An observational, descriptive and cross-sectional study was performed. Study settings were the State Oncology Center of the ISSEMyM (Social Security Institute of the State of Mexico and its Municipalities) in Toluca (Mexico) and San Cecilio University Hospital in Granada (Spain). The study sample comprised 72 mastectomized females, 30 from Mexico and 42 from Spain. Data were gathered on their socio-demographic variables, self-reported personal and family clinical histories, and scores on the validated Hopwood Body Image Scale (BIS).

**Results:** In the Spanish group of mastectomized women, 67.7% were in active employment compared with 43.3% of the Mexican group, a significant difference ( $p < 0.05$ ). Body image perception was superior in women connected to the world of work and with a higher educational level. The women in a more developed social context had a significantly ( $p < 0.05$ ) better body image perception.

**Conclusions:** The social context of mastectomized women affects their body image perception, which is influenced by their occupation and educational level.

(Nutr Hosp. 2013;28:1453-1457)

DOI:10.3305/nh.2013.28.5.6517

Key words: Social context. Body image. Breast cancer.

**Correspondencia:** María José Aguilar Cordero.  
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud.  
Avda. Madrid, s/n.  
18012 Granada. España.  
E-mail: mariajaguilar@telefonica.net

Recibido: 18-II-2013.  
Aceptado: 18-II-2013.

## Introducción

El concepto de imagen corporal tiene carácter subjetivo, puesto que corresponde a la opinión que la persona tiene de su propio cuerpo, como totalidad o en relación con las partes individualizadas; además, engloba ideas y actitudes respecto al mismo<sup>1</sup>.

El pecho de la mujer tiene una gran importancia en la cultura occidental dentro del ámbito de la sexualidad y del atractivo físico; es un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; por último, el pecho también está muy relacionado con la maternidad y la lactancia. En la sociedad occidental, por otra parte, la imagen física de la mujer constituye una parte importante de su valoración social, por lo que acaba siendo un componente importante de su identidad personal<sup>2</sup>.

La mujer a la que se le diagnostica un cáncer de mama se encuentra, de repente, ante una situación nueva e inesperada. Le preocupa la enfermedad, siente miedo a una muerte prematura, le teme a la intervención quirúrgica para, finalmente, tener que enfrentarse a una vida que será distinta para ella al perder una de sus mamas. En ese momento, una adecuada información del personal sanitario a la paciente y a su familia es fundamental. Esa información debe ser clara y verdadera, dejándole espacio y tiempo para que se aclaren las dudas sobre el tratamiento a seguir. Se deben dejar unos días de reflexión para que la paciente y su familia tengan la oportunidad de consultar absolutamente todas las dudas que puedan tener<sup>3</sup>.

La alteración en la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama está relacionada con la mastectomía y se refiere a la modificación de la totalidad, a la sensación de asimetría e, incluso, a la impresión de tener el cuerpo deformado<sup>4</sup>.

La integridad corporal se verá amenazada tras el diagnóstico de cáncer, por lo que mantener un siempre frágil equilibrio, será muy importante<sup>5</sup>. De igual forma, los efectos que trae consigo el tratamiento repercuten a nivel psicosocial, ya que se producen estados de ansiedad, depresión y baja autoestima. Las alteraciones en la imagen corporal de estas pacientes se han estudiado, desde el punto de vista cualitativo, concluyendo que los cambios que las acompañan hacen que los individuos se hagan preguntas críticas sobre su persona; también se ven afectadas las actividades cotidianas de la mujer<sup>6</sup>.

Se ha encontrado que variables sociodemográficas, como la edad, el estado civil, el nivel educativo y la ocupación tienen efectos sobre la autoestima y la imagen corporal. Esta última es la que más se ve afectada, incluso cuando hay una participación activa en la toma de decisiones respecto al tratamiento<sup>7-8</sup>.

Un factor a considerar es el contexto sociocultural que constituye un elemento clave en la percepción que las personas tienen de sí mismas. Es bien sabido que las preferencias estéticas corporales están muy determinadas por la cultura y tienen la capacidad de suscitar dife-

rentes percepciones y opiniones de las personas sobre la base de sus características físicas<sup>9-10</sup>.

En un acercamiento a las diferencias transculturales que pueden darse en la percepción de las personas en su imagen corporal es interesante el ámbito en el que se desarrollan. Así, en un estudio realizado entre mujeres obesas de Cuba y España (en contextos sociales claramente diferentes) se observó que las mujeres españolas tenían una imagen propia más negativa que las mujeres cubanas<sup>11</sup>.

Otro estudio realizado entre mujeres hispanoamericanas y españolas encontró que en todos los aspectos evaluados de la percepción corporal, las primeras obtuvieron puntuaciones medias superiores a las españolas, es decir, tenían una mayor satisfacción con su cuerpo (altura, piel, cintura, pelo, cadera, etc.)<sup>12</sup>.

Son limitados los estudios que comparan la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de diferentes países. Sin embargo, es evidente que existen diferencias sociales, culturales, económicas, de educación y de salud entre los países en vías de desarrollo (Latinoamérica) y los países desarrollados (Europa y Estados Unidos). De ahí el interés por determinar la influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama en los diferentes ámbitos.

## Material y método

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal. Los escenarios del estudio estuvieron constituidos por el Centro Oncológico Estatal del ISSEMyM en la ciudad de Toluca (México), y el Hospital Clínico San Cecilio de la ciudad de Granada (España). En los dos países, el estudio se efectuó entre los meses de septiembre de 2011 y junio del año 2012. Se trabajó con un universo total conformado por 72 mujeres, 30 correspondían a México y 42 a España.

Se recogieron datos de variables sociodemográficas y las mujeres respondieron a preguntas sobre su historia clínica personal y familiar. Se aplicó la Escala validada BIS (Body Image Scale) de Hopwood, según la cual, se clasificó a las pacientes en imagen corporal completa o incompleta. Se evaluaron 6 áreas, que fueron el grado de satisfacción consigo misma y con los demás, vestida y desnuda, la pérdida de su feminidad, los sentimientos sobre su atractivo sexual, la pérdida de su integridad corporal y el grado de aceptación de la cicatriz.

Los resultados se registraron en una base de datos confeccionada para ese fin y se procesaron con el paquete estadístico SPSS, versión 19. Se utilizaron frecuencias para estadísticas descriptivas y  $\chi^2$  para establecer asociaciones entre las variables cualitativas. El nivel de significación considerado fue de 0,05.

## Resultados

La tabla I muestra que la edad en ambos grupos fue homogénea, con una media de 53,6 años (28-85) en

**Tabla I**  
Caracterización de las mujeres mastectomizadas españolas y mexicanas

Variables	España		México	
	Edad (años)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Edad (años)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Media	53,6	27,6	54,5	26,7
Desv. Estandar	13,3	5	11,2	5,4
Mínimo	28	21	36	19,1
Máximo	85	40	76	38

**Tabla II**  
Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas de las mujeres españolas y mexicanas

Variables sociodemográficas	Mujeres españolas		Mujeres mexicanas		p
	Frecuencia (n = 42)	%	Frecuencia (n = 30)	%	
<b>Ocupación</b>					
Trabaja	28	66,7	13	43,3	0,042
No trabaja	14	33,3	17	56,7	
<b>Estado civil</b>					
Con pareja	25	59,5	16	53,3	0,778
Sin pareja	17	40,5	14	46,7	
<b>Escolaridad</b>					
Sin estudios	0	0	11	36,7	0,001
Primarios/Secundarios	26	61,9	9	30	
Universitarios	16	38,1	10	33,3	

\*Prueba de chi cuadrada.

España y una media de 54,5 (36-76) en México. Se encontró también que la media del IMC de las pacientes fue clasificada como sobrepeso en las mujeres de los dos países.

La tabla II muestra las variables sociodemográficas estudiadas en los grupos de mujeres de ambos países. En cuanto a la ocupación, los resultados muestran que el 66,7% de las mujeres mastectomizadas españolas se encuentran activas laboralmente y sólo el 43,3% de las mujeres mexicanas tienen trabajo, lo que se traduce en una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

En cuanto al estado civil, se encontró que más del 50% de las mujeres de ambos grupos tiene pareja. No se encontró diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

En la variable de la escolaridad, los resultados reflejan que el 61,9% de las mujeres españolas refirió tener estudios primarios y secundarios; en México, el 36,7% manifestó no tener estudios. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ( $p < 0,05$ ).

La figura 1 muestra la comparación de la percepción de la imagen corporal de los grupos de estudio. Se observa que el 63,3% de las mujeres mastectomizadas de México presentaron una percepción de su imagen corporal incompleta (negativa) frente al 38,1% de las mujeres en España. Este gráfico muestra una diferencia significativa en ambos grupos con un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

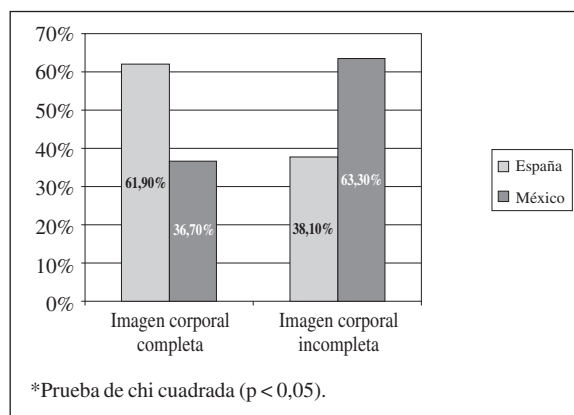


Fig. 1.—Comparación de la percepción de la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas españolas y mexicanas.

## Discusión

Los resultados muestran que la media de edad de las mujeres españolas y mexicanas de nuestra investigación se encuentra en la quinta década de vida. Según Torres-Arreola y cols., el riesgo de padecer cáncer de mama se incrementa a partir de la cuarta década de vida y que la probabilidad de desarrollar esta enfermedad en los siguientes 10 años es del 0,4% para las mujeres entre 30 y 39 años; del 1,5% para las mujeres entre 40 y

49 años; del 2,8% para las mujeres entre 50 y 59 años y del 3,6% para las mujeres entre 60 y 69,5 años de edad<sup>13</sup>.

Otro factor relacionado con la edad y el estado nutricional encontrado en las pacientes es que después de la menopausia, los ovarios dejan de producir estrógenos convirtiéndose el tejido adiposo en la principal fuente de esta hormona. Luego aquellos tejidos que, como el parénquima mamario, son muy sensibles a los estrógenos, quedan expuestos a un mayor estímulo hormonal en las mujeres obesas<sup>14</sup>. Esta circunstancia conlleva un riesgo mayor de desarrollar una neoplasia y, en su caso, a un crecimiento más rápido de tumores hormono-dependientes, fundamentalmente de los estrógenos, progesterona y prolactina<sup>15</sup>.

Por otro lado, se observó que las mujeres con cáncer de mama participantes en el estudio presentaron sobrepeso, de acuerdo con la media, lo que se corrobora con los resultados de los estudios llevados a cabo por Aguilar y cols., en donde se concluye que las mujeres con un IMC elevado presentan un mayor factor de riesgo de padecer esta enfermedad<sup>16-18</sup>.

En cuanto a las estadísticas sobre esta enfermedad de los países estudiados (México y España), cabe decir que, de los casi 6 millones de tumores malignos que se diagnosticaron en las mujeres en el año 2007, el cáncer de mama ocupó el primer lugar, con 1.3 millones, el 27% en los países desarrollados y el 19% en los países en desarrollo<sup>19</sup>. El incremento del número de casos nuevos, entre 2002 y 2007 en los países en desarrollo, fue dos veces mayor que el observado en los países desarrollados<sup>20</sup>.

En lo que se refiere a las variables sociodemográficas encontradas en nuestra investigación se apreció que la mayoría de las mujeres españolas son activas laboralmente, tienen pareja y su nivel de escolaridad alcanza los estudios primarios y secundarios. Las mujeres mexicanas están menos ocupadas laboralmente, suelen tener en su mayoría pareja y los niveles de educación son nulos en gran parte de la muestra.

Una investigación llevada a cabo por Nigenda y cols. menciona que algunas variables sociodemográficas, como los bajos niveles educativo y económico, las creencias y tabúes en torno a la enfermedad, la falta de disponibilidad de servicios de salud, entre otros, son barreras en la atención del cáncer de mama<sup>21</sup>.

El acceso a los sistemas de salud depende de factores propios de la población, la organización, la disposición, el otorgamiento de los servicios y las relaciones entre ellos<sup>22-24</sup>. Se observa en los países estudiados una considerable diversidad en los factores antes mencionados.

El escaso uso de los servicios en caso de necesidad por parte de la población es una evidencia de las barreras existentes, que pueden ser geográficas, culturales, económicas, funcionales, de información, legales y de género<sup>25-28</sup>.

Un enfoque moderno del cáncer de mama después de la mastectomía incluye el tratamiento inmediato de reconstrucción mamaria (se efectúa al mismo tiempo

que la cirugía). La comprensión de los factores que influyen en las decisiones de las mujeres y la valoración de la satisfacción es tan importante como el conocimiento de la eficacia médica y del tratamiento seleccionado. La influencia de la edad de la mujer en la opinión inmediata de decisiones para la reconstrucción mamaria fue investigada en un estudio monocéntrico prospectivo. Los resultados arrojaron que las mujeres de 36-50 años y mayores de 60 años estuvieron de acuerdo con la reconstrucción<sup>29</sup>. En nuestro estudio, las mujeres españolas tenían un acceso más fácil a esta iniciativa que las mujeres mexicanas, ya que los sistemas de salud de estas últimas no siempre ofrecen esta opción.

## Conclusiones

El estudio ha puesto de manifiesto que el contexto social influye en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama, ya que la investigación se centró en dos países con escenarios diferentes.

Se constata que las variables sociodemográficas son determinantes en la percepción de la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas. El nivel de escolaridad fue más alto en las mujeres españolas y por ello, seguramente, tenían acceso a más información sobre su enfermedad. También en el grupo de las mujeres españolas, la actividad laboral ayudó a tener una mejor percepción de su imagen corporal, disminuyendo así la atención excesiva que se produce cuando se experimenta una mastectomía.

Sin embargo, en México, en donde las mujeres tenían una menor escolaridad, podría relacionarse con una limitada información acerca del padecimiento; por otro lado, al no ser activas laboralmente, su atención estaría más centrada en la pérdida que representa la mastectomía.

Las condiciones sanitarias de que disponen los países desarrollados, como España, hacen posible que la disposición de implantes (prótesis) influyan en una mejor aceptación de la imagen corporal de la mujer mastectomizada. México, como país en vías de desarrollo, padece todavía importantes faltas en el acceso a los servicios de salud. La inexistencia de una seguridad social (del tipo europeo, por ejemplo) que incluya como parte del tratamiento las prótesis mamarias tras la intervención, contribuye en gran medida a la falta de aceptación de la imagen corporal en las mujeres mastectomizadas que han padecido cáncer de mama.

## Referencias

1. López-Pérez M, Polaino-Lorente A, Arranz, P. Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis* 1992; 13 (10): 423-8.
2. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud* 2007; 18 (Supl. 2): 137-61.

3. Del Val Gil JM, López-Bañeres MF, Rebollo-López FJ, Utrillas-Martínez AC, Minguillón-Serrano A. Cáncer de mama y mastectomía: *Estado actual. Cir Esp* 2001; 69 (1): 56-64.
4. Alonso, C. Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama. II Jornadas de Salud Mental y Género. 2001; Madrid: Instituto de la mujer, Ministerio de Igualdad.
5. Helms RL, O'Hea EL, Corso M. Body image issues in women with breast cancer. *Psychol Health Med* 2008; 13 (3): 313-25. Review.
6. Bañuelos-Barrera P, Bañuelos-Barrera Y, Esquivel-Rodríguez M, MorenoÁvila V. Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (3): 129-34.
7. Sebastián J, Manos D, Bueno M, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud* 2007; 18 (2): 137-61.
8. Kraus, P. Body image, decision making, and breast cancer treatment. *Cancer Nursing* 1999; 22 (6): 421-7.
9. Neumark-Sztainer D, Croll J, Story M, Hannan PJ, French S, Perry C. Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: Findings from Project EAT. *J Psychosom Res* 2002; 53: 963-74.
10. Altabe M. Ethnicity and body image: quantitative and qualitative analysis. *Int J Eat Disord* 1998; 23: 153-9.
11. Jáuregui-Lobera I, Plasencia LM, Rivas-Fernández M, Rodríguez-Marcos L, Gutiérrez-Ferrer N. Percepción de la obesidad y cultura. *Nutr Hosp* 2008; 23 (6): 619-29.
12. Rodríguez S, Cruz S. Evaluación de la imagen corporal en mujeres latinoamericanas residentes en Guipúzcoa. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología* 2006; 22 (2): 186-99.
13. Torres-Arreola L, Vladislavovna S. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (2): 157-66.
14. Li XJ, Wei B, Chen HJ, Zhang Z, Zhang HY, Bu H. Heat-induced antigen retrieval in immunohistochemistry for estrogen and progesterone receptors in breast cancer tissues. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi* 2011; 40 (6): 406-8.
15. Aguilar-Cordero MJ, González-Jiménez E, García-López P, Álvarez-Ferre J, Padilla-López CA. Obesidad y niveles séricos de estrógenos; importancia en el desarrollo precoz del cáncer de mama. *Nutr Hosp* 2012; 27: 1156-9.
16. Aguilar-Cordero MJ, Neri-Sánchez M, Padilla-López CA, Pimentel-Ramírez ML, García-Rillo A, Sánchez-López AM. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. *Nutr Hosp* 2012; 27: 1631-6.
17. Aguilar-Cordero MJ, Neri-Sánchez M, Padilla-López CA, Pimentel Ramírez ML, García-Rillo A, Mur-Villar N. Sobre peso/obesidad en mujeres y su implicación en el cáncer de mama; edad de diagnóstico. *Nutr Hosp* 2012; 27: 1643-7.
18. Aguilar-Cordero MJ, González-Jiménez E, García-López AP, Álvarez-Ferré J, Padilla-López CA, Guisado-Barrilao R, Rizo-Baeza M. Obesidad y su implicación en el cáncer de mama. *Nutr Hosp* 2011; 26 (4): 899-903.
19. García M, Jemal A, Ward E, Center M, Hao Y, Siegel R, et al. Global cancer facts and figures 2007. Atlanta, GA: American Cancer Society 2007.
20. Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. *Salud Publica Mex* 2009; 51 (Suppl. 2): S147-S156.
21. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Publica Mex* 2009; 51 (Suppl. 2): S254-S262.
22. Aday LA, Andersen R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Research* 1983; 18 (1): 49-74.
23. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Publica Mex* 1985; 27 (5): 438-53.
24. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
25. Donabedian A. The quality of medical care: How can it be assessed? *JAMA* 1998; 260: 1743-8.
26. Hernández Bello A, Cantor B, Vega-Romero R. Uso de servicios de salud de usuarias con complicaciones hipertensivas del embarazo en Bogotá. *Rev Geren Pol Sal* 2002; 3.
27. Ros-Collado M, Ollé-Rodríguez C. Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones. Capítulo 7. En: La prevención de la infección del VIH/sida en la población inmigrante, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
28. Gómez-Dantés O, Gómez-Jáuregui J, Inclán C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Publica Mex* 2004; 46: 399-416.
29. Zidak M, D Zidak, K Cupurdija, Z Lackovi, Korusi A, celebrada R, D Vergles, F Rudman, Horzi M. Immediate breast reconstruction in relation to women's age. *Coll Antropol* 2012; 36 (3): 835-9.