

TRABAJO DE GRADO
AUTOESTIMA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA QUE HAN SIDO
MASTECTOMIZADAS EN LA CIUDAD DE CALI

PAULA ANDREA HOLGUÍN ESTEBAN

LAURA NARANJO CRUZ

MARIA TERESA VARELA ARÉVALEO

Directora Trabajo de Grado

ANA MARCELA URIBE

Evaluadora Trabajo de Grado



FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

Diciembre de 2025

Tabla de contenido

Introducción	1
Método	14
Tipo de investigación	¡Error! Marcador no definido.
Diseño.....	14
Participantes	15
Categoría de análisis.....	16
Instrumento.....	18
Análisis de datos.....	19
Procedimiento.....	19
Consideraciones éticas	20
Resultados.....	24
Discusión	32
Referencias.....	44
Anexos	49

Lista de Tablas

Tabla 1. *Categorías de estudio*

16

Lista de Anexos

Anexo A: Entrevista semiestructurada

Anexo B: Consentimiento Informado

Anexo C: Protocolo de atención en crisis

Resumen

El estudio tuvo como objetivo comprender el impacto de la mastectomía en la autoestima, la imagen corporal y la vivencia de la feminidad en mujeres mastectomizadas de la ciudad de Cali, explorando sus experiencias frente al diagnóstico, el tratamiento y los cambios corporales asociados. Se desarrolló una investigación cualitativa con diseño fenomenológico hermenéutico, en la que participaron seis mujeres entre los 30 y 70 años, a quienes se abordó mediante una entrevista semiestructurada. El análisis se realizó mediante el análisis fenomenológico interpretativo, garantizando rigor ético y acompañamiento emocional durante el proceso. Los resultados muestran que la mastectomía y sus secuelas generaron un impacto inicial significativo en la percepción del cuerpo, la autoestima y las relaciones afectivas, expresado en sentimientos de pérdida, extrañeza, temor y desajuste con la propia imagen; sin embargo, con el tiempo, varias mujeres lograron resignificar sus cicatrices como símbolos de fortaleza y reinterpretar su identidad más allá de la apariencia física. El apoyo familiar y de pareja fueron factores protectores, mientras que experiencias de distanciamiento afectaron negativamente el proceso emocional. En relación con la feminidad, las participantes reconstruyeron su sentido de ser mujeres a partir de la resiliencia, la autenticidad y la valoración de su historia personal, más que de la presencia del seno. En conclusión, la mastectomía transforma de manera profunda la autoestima y la imagen corporal, pero también abre la posibilidad de un proceso de aceptación que fortalece la vivencia de feminidad y el sentido de identidad.

Palabras clave: Mastectomía, autoestima, imagen corporal, feminidad, cáncer de mama.

Abstract

This study aimed to understand the impact of mastectomy on self-esteem, body image, and femininity in women who have undergone this procedure in the city of Cali, while also exploring their experiences related to diagnosis, treatment, and the bodily changes involved. A qualitative study with a phenomenological hermeneutic design was conducted with six women between 30 and 70 years of age, using a semi-structured interview. Data was analyzed through interpretative phenomenological analysis, ensuring ethical rigor and emotional care throughout the process. The results indicate that mastectomy and its physical consequences initially produced a significant impact on body perception, self-esteem, and affective relationships, generating feelings of loss, strangeness, fear, and disconnection from one's own image; however, over time, many participants were able to signify their scars as symbols of strength and reconstruct their identity beyond physical appearance. Family and partner support emerged as a protective factor, whereas experiences of emotional distancing negatively affected their adjustment. Regarding femininity, the participants rebuilt their sense of womanhood based on resilience, authenticity, and the value of their personal history rather than the presence of the breast. In conclusion, mastectomy profoundly transforms self-esteem and body image, but it also opens the possibility for a process of acceptance that strengthens femininity and personal identity.

Key words: Mastectomy, self-esteem, body image, femininity, breast cancer.

Introducción

En el contexto del cáncer de mama, el impacto psicológico y emocional que enfrentan las mujeres mastectomizadas es profundo y multifacético, especialmente en relación con su autoestima e imagen corporal.

El cáncer de mama es una de las principales causas de morbilidad y de mortalidad en mujeres a nivel mundial teniendo un impacto significativo a nivel físico y emocional. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), en el año 2022, se detectaron 2,3 millones de casos de cáncer de mama en mujeres a nivel mundial, con un total de 670.000 muertes asociadas a esta enfermedad. Su tratamiento varía según la etapa en la que se encuentre el tumor y características individuales del paciente. Dentro de estos tratamientos se encuentra la cirugía como la mastectomía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, terapia dirigida y/o inmunoterapia.

Asimismo, respecto a la mastectomía, según las estadísticas de la American Cancer Society (ACS) del 2020, el porcentaje de mujeres con enfermedad maligna de la mama que se sometió a algún tipo de mastectomía oscila entre el 35% y el 68% en los estadios clínicos I a III de la enfermedad. La mastectomía consiste en la extirpación total o parcial de una o ambas mamas, siendo el tratamiento con mayor deterioro en la imagen corporal, siendo así, no solo una pérdida física, sino también, en muchos casos una pérdida a nivel emocional.

Aunque el cáncer de mama puede afectar a mujeres de todas las edades desde la pubertad, su incidencia es más elevada entre las mujeres adultas, y ocurre en todos los países del mundo. En Colombia, el cáncer de mama es considerado como la principal causa de muerte de las mujeres que sufren de cáncer, y en el 2020, la OMS (2020) estimó 15.509 casos nuevos y 4.411 muertes por esta enfermedad. Además, en el Valle del Cauca,

exceptuando los distritos especiales de Cali y Buenaventura, se han registrado 332 casos confirmados de cáncer de mama, en el 2023 (Cuenta de Alto, 2023). Por último, desde una perspectiva local, según la Alcaldía de Santiago de Cali (2021), durante el año 2021, la mortalidad por cáncer de mama alcanzó una tasa de 18,94 por cada 100,000 habitantes.

Como se mencionó anteriormente, la autoestima tiene una gran relevancia en el proceso psicológico de la mastectomía. Esta es definida como la valoración que se tiene de sí mismo e involucra emociones, pensamientos, sentimientos, experiencias y actitudes que la persona recoge en su vida (Pastrana, y Mejía, 2011). Este proceso se va desarrollando, a lo largo del ciclo vital, a partir de las interacciones que realice el sujeto con los otros, lo cual posibilita la evolución del "Yo", gracias a la aceptación e importancia que se dan las personas unas a otras (Naranjo, 2007).

A partir de lo anterior, se realizó una revisión de literatura, en la cual se encontraron diversos estudios realizados en diferentes países como Ecuador, Argentina, México, Egipto, Estados Unidos, España, Chile, Suecia, Colombia, Brasil, Polonia, Siria, China, Irlanda, Irán, Costa Rica, India, Iraq y Alemania sobre la conexión entre la identidad femenina, la autoestima y la imagen corporal en relación con la mastectomía y la reconstrucción mamaria.

Los resultados del estudio de Afshar-Bakshloo et al., (2023) evidencian que el seno es considerado una representación de la identidad femenina, por lo que la realización de una mastectomía genera impactos significativos en la imagen corporal de la mujer mayor. Estos efectos pueden ser tanto psicológicos, con la aparición de sentimientos negativos como vergüenza, desvalorización, e insatisfacción con su cuerpo, como emocionales, pudiendo llevar a la depresión y afectando la salud mental, la autoestima, la imagen corporal y la calidad de vida de la mujer.

En ese sentido, el cáncer de mama se distingue de otros tipos de cáncer por su impacto significativo en la autoestima, debido a las implicaciones psicosociales que conlleva para las mujeres. Esto se debe a que los senos representan un símbolo de identidad femenina, estando asociados no solo con la percepción del atractivo físico, sino también con la maternidad y la lactancia. Diversos estudios han evidenciado esta relación. En una revisión literaria realizada por Santos et al., (2021), basada en los estudios de Rocha et al. (2019) y Tarkowska et al. (2020), se encontró que el diagnóstico de cáncer de mama y la necesidad de una mastectomía afectan significativamente la autoestima y la identidad sexual de la mujer.

Respecto a la reconstrucción de mama, Ávila et al. (2023) concluyeron que las pacientes que se sometieron a una reconstrucción mamaria experimentaron niveles más elevados de autoestima y una mejor calidad de vida, mostrando menos preocupación por el futuro y la pérdida de cabello, en comparación con aquellas que solo pasaron por una mastectomía. Estos hallazgos sugieren que la intervención quirúrgica y reconstructiva puede ayudar a reducir el impacto negativo en la imagen corporal de las pacientes.

Asimismo, Retamal et al. (2020) concluyeron que las mujeres con cáncer de mama presentaron niveles más bajos de autoestima y bienestar en comparación con mujeres sin la enfermedad, lo cual podría deberse a los múltiples factores que enfrentan durante el proceso. De igual forma, un estudio en Valencia encontró que la mastectomía se asocia con baja autoestima, imagen corporal negativa y autoconcepto deteriorado, influenciados por el bienestar emocional. Este, a su vez, está determinado por factores como la información médica recibida, la calidad de vida y el apoyo social disponible (Pintado, 2013, como se cita en Escalante et al., 2020).

En semejanza con lo anterior, Guevara et al. (2024) encontraron que el 63% de las

pacientes mastectomizadas se sienten "algo" deformadas o mutiladas tras la cirugía, lo que evidencia el impacto del cáncer de mama en la imagen corporal y la autoestima. Esta experiencia puede abordarse mediante intervenciones psicosociales. Además del impacto físico, el tratamiento representa una carga emocional significativa, ya que las pacientes deben enfrentar la enfermedad, los efectos de los tratamientos y adaptarse a cambios importantes en su cuerpo y en su vida emocional.

García et al. (2023) destacan que la autoestima cumple un papel clave en la adaptación de mujeres con cáncer de mama, al estar vinculada con la resiliencia y la inteligencia emocional. Una mayor resiliencia se asocia con una experiencia más positiva de la enfermedad. De manera similar, Tsai et al. (2021) encontraron que la autoestima se relaciona positivamente con la adaptación mental, actuando como un recurso de afrontamiento frente a situaciones estresantes.

A diferencia de muchas mujeres, algunas mujeres mastectomizadas perciben sus cicatrices y el cierre plano como símbolos de triunfo y autonomía, sin afectar su autoestima o identidad femenina (Tyner et al., 2023). Para ellas, la mastectomía representa una decisión vital, no una amenaza. De forma similar, Escalante et al. (2020) hallaron que su autoconcepto fue moderado en lo ético, emocional y social, y alto en lo ocupacional, lo que sugiere que su identidad no depende solo de lo físico, aunque ciertos cambios como la pérdida de cabello pueden influir.

La imagen corporal, entendida como un concepto que involucra percepciones, emociones y conductas sobre el cuerpo, es especialmente relevante en mujeres con cáncer de mama. Nowicki et al. (2022) hallaron que las pacientes con tratamientos conservadores tienen una mejor percepción corporal que las sometidas a mastectomía. Además, la insatisfacción es mayor en mujeres jóvenes, y en quienes han recibido quimioterapia o

reconstrucción. La pérdida del seno y las cicatrices también afectan la autoestima y las relaciones de pareja (Phoosuwan & Lundberg, 2023).

De igual forma, estudios como los de Oliveira et al. (2019), Rocha et al. (2019), Jabłoński et al. (2018) y Słowik et al. (2017) han mostrado que la mastectomía es la cirugía con mayor impacto negativo en la imagen corporal y la calidad de vida, debido a las alteraciones físicas y emocionales que implica. La extirpación del seno, con su carga simbólica y sexual, puede generar insatisfacción con la autoimagen, afectando la sexualidad y las actividades recreativas. Sin embargo, la reconstrucción mamaria, especialmente si es inmediata, puede mejorar estos aspectos (Martins et al., 2021), aunque factores como la autocompasión, el aumento de peso, la edad y el estado civil también influyen (Menon et al., 2019).

El impacto emocional de la mastectomía también se relaciona con la falta de preparación e información sobre los cambios físicos postoperatorios. Muchas mujeres experimentan shock, ansiedad e insensibilidad al enfrentarse a su nueva imagen corporal, sintiendo incluso una falta de reconocimiento de su cuerpo. Según Tyner et al. (2023), hasta un 75% de las mujeres mastectomizadas, con o sin reconstrucción, expresan preocupación por su apariencia tras la cirugía.

En conclusión, la mastectomía impacta notablemente la autoestima, la imagen corporal y la salud mental de las mujeres con cáncer de mama. La pérdida del seno, como símbolo de feminidad, puede generar angustia, insatisfacción y afectar la calidad de vida. Sin embargo, factores como la resiliencia, el apoyo social y la reconstrucción mamaria pueden mitigar estos efectos. Algunas mujeres incluso resignifican la experiencia como un acto de supervivencia y autonomía. Por ello, es fundamental ofrecer intervenciones psicosociales que acompañan el proceso, refuercen la autoestima y promuevan la

aceptación del nuevo cuerpo.

Aunque existen múltiples investigaciones sobre el cáncer de mama, gran parte de ellas se han centrado en aspectos médicos y de supervivencia. Si bien algunos estudios abordan la autoestima y la imagen corporal, muchos no profundizan la vivencia subjetiva de las mujeres mastectomizadas. Esto evidencia una brecha importante: comprender la experiencia de las mujeres mastectomizadas en mujeres de Cali, Colombia, considerando factores culturales, sociales y las diferencias en el acceso a los servicios de salud. Este vacío justifica la necesidad de explorar sus narrativas para comprender cómo significan su transformación corporal y cómo reconstruyen su identidad, su feminidad y su bienestar emocional.

Siendo así, esta investigación buscó aportar a la comprensión de las vivencias subjetivas de mujeres mastectomizadas, rescatando sus percepciones, emociones y procesos de adaptación mediante entrevistas semiestructuradas. A partir de esta necesidad, se planteó la pregunta: ¿Cuál es el impacto de la mastectomía en la autoestima, la imagen corporal y la vivencia de la feminidad en las mujeres mastectomizadas de la ciudad de Cali?

El objetivo general fue comprender la percepción del impacto de la mastectomía en la autoestima, la imagen corporal y la vivencia de la feminidad en las mujeres mastectomizadas de la ciudad de Cali. Para esto, se propuso como objetivos específicos (1) conocer las experiencias de las mujeres relacionadas con el diagnóstico del cáncer de mama y la mastectomía; (2) comprender la percepción sobre el impacto de la mastectomía en la autoestima y la imagen corporal de las mujeres; y (3) caracterizar las vivencias relacionadas con la feminidad en las mujeres mastectomizadas.

Este trabajo de grado busca dar voz a mujeres que han vivido una mastectomía,

explorando cómo esta experiencia afecta su autoestima e imagen corporal. Aunque el cáncer de mama ha sido ampliamente estudiado, en Colombia son pocas las investigaciones que abordan sus efectos emocionales. Desde un enfoque cualitativo, se busca comprender cómo las mujeres resignifican su identidad y bienestar tras la cirugía, rescatando sus historias y procesos de adaptación. A nivel social, los hallazgos pueden mostrar la importancia del apoyo psicológico y de políticas que favorezcan su recuperación.

Además, esta investigación puede ser pertinente porque puede aportar insumos valiosos para diseñar intervenciones clínicas sensibles y contextualizadas que promuevan la salud mental y el empoderamiento de estas mujeres. También puede ser de utilidad para profesionales de la salud, tomadores de decisiones y organizaciones que trabajan en oncología, al proporcionar información sobre las dimensiones subjetivas del proceso de recuperación, facilitando una atención más integral, humana y centrada en las necesidades reales de las pacientes. Por lo tanto, los resultados podrían contribuir al desarrollo de programas psicoeducativos, estrategias de acompañamiento emocional y campañas de sensibilización que disminuyan el estigma asociado a la pérdida del seno y fortalezcan la resiliencia femenina frente al cáncer.

Esta investigación se enmarca en la psicología de la salud, entendida como un área de la psicología que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión del proceso salud-enfermedad (Oblitas, 2008). Desde esta perspectiva, se reconoce que las experiencias emocionales, la percepción del cuerpo y el afrontamiento psicológico desempeñan un papel central en la vivencia de enfermedades crónicas como el cáncer de mama. La psicología de la salud no solo busca complementar el tratamiento médico, sino también comprender y acompañar los procesos subjetivos de quienes enfrentan estas condiciones, favoreciendo su adaptación, calidad de vida y bienestar emocional. Además,

este estudio se vincula con la línea de enfermedades y condiciones crónicas de salud del grupo de investigación Salud y Calidad de Vida (SyCV), centrado en promover la salud, el bienestar y la calidad de vida en diversos contextos a nivel individual y colectivo.

A continuación, se presentarán los elementos conceptuales más importantes dentro del estudio: la autoestima, la imagen corporal y la feminidad. Estos conceptos, marcados por factores sociales y personales, influyen en la percepción que cada mujer tiene de sí misma y en su proceso de adaptación. En este apartado, se explorarán distintas perspectivas que ayudarán a comprender su relevancia en el proceso emocional y social de las mujeres mastectomizadas.

Para Lamas (s.f) el género es una categoría relacional y socialmente construida que se elabora a partir de las diferencias sexuales, pero que no es reducible a ellas. Mientras que el sexo es un dato biológico, el género es un sistema simbólico y cultural que organiza las relaciones sociales y establece normas y expectativas para hombres y mujeres.

Enfocándose en el género femenino, Hernández (2006) encontró dentro de su análisis que, en el imaginario social, lo esencial en la feminidad, desde su construcción sociocultural, es lo natural, lo biológico, representado en la capacidad exclusiva de la maternidad y de ahí la “emocionalidad, el cuidado, el ser para los otros, la fragilidad, la dependencia, entre otros” (p.3).

Butler (2006) plantea que el género es “el aparato a través del cual tiene lugar la producción y la normalización de lo masculino y lo femenino” (p. 70). Desde su perspectiva, el género no es una categoría natural ni biológica, sino un constructo social que se mantiene y reproduce a través de discursos y prácticas culturales. Butler (2006) sostiene que, así como el género es una construcción, también puede ser deconstruido y desnaturalizado, permitiendo una comprensión más flexible y fluida de la identidad de género.

Para esta autora, la feminidad no es un hecho natural, sino una representación cultural que se crea a través de un conjunto de actos impuestos por el discurso social. Estos actos incluyen signos corporales como gestos, vestimenta, comportamientos y expresiones que refuerzan lo que culturalmente se considera femenino. En este sentido, la feminidad es performativa, lo que significa que se produce y reproduce constantemente en la interacción social.

Desde esta perspectiva, y en relación con la experiencia de las mujeres participantes en este estudio, se entiende que el género no es algo heredado o genético, sino una construcción adquirida a lo largo de la vida. Como señala Lagarde (1996), las personas se convierten en sujetos de género, de manera que instituciones como la familia, la escuela, los medios, los amigos y otros grupos sociales juegan un papel clave en transmitir un orden genérico, estableciendo modelos de “deber ser” sobre lo femenino y lo masculino que influyen en la construcción de la identidad de género.

Por su parte, Tubert (2014) refuerza la idea al afirmar que la feminidad “no responde a ninguna esencia natural; lo que la mujer parece ser resulta de las ideas y prácticas discursivas sobre la feminidad, que varían su significación en distintas épocas y sociedades”. Desde su perspectiva, la feminidad es una construcción histórica y cultural que cambia según el contexto social, lo que demuestra que no es una característica fija o inmutable.

La feminidad influye en la identidad, autopercepción y relaciones sociales de las mujeres, y desde una perspectiva de género, se entiende como una construcción social sujeta al contexto y la época. Autoras como Lamas (s.f) y Lagarde (1996) destacan cómo la familia, la educación y los medios refuerzan un “deber ser” femenino desde la infancia. Reconocer su carácter construido permite cuestionar roles tradicionales y fomentar la

equidad, promoviendo la autonomía y la libertad de elección. En este sentido, dentro de los elementos que forman parte de la feminidad, está la imagen corporal, o más bien, la expectativa de cómo se ve una “mujer femenina”, por lo tanto, se hablará del concepto de imagen corporal.

Es posible definir la imagen corporal como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del mismo. Esta representación no es fija ni estática, sino que es dinámica y cambia a lo largo de la vida en función de experiencias personales e influencias socioculturales (Raich, 2014).

En este sentido, Cash y Pruzinsky (1991) definen la imagen corporal como una experiencia subjetiva, multifacética y dinámica, que no necesariamente refleja la realidad objetiva. Esta se construye a lo largo de la vida y se relaciona con la percepción de uno mismo, influyendo en el comportamiento y el procesamiento de la información, incluso a niveles inconscientes. Según los autores, la imagen corporal incluye tres componentes: el perceptual (percepción del tamaño, forma y partes del cuerpo), el cognitivo (pensamientos y creencias sobre el cuerpo) y el emocional (sentimientos de satisfacción o insatisfacción con la apariencia).

De esta forma, una percepción positiva de la imagen corporal contribuye significativamente a la confianza y la autoestima, siendo un factor clave en el bienestar psicológico (Jiménez et al., 2020). Sin embargo, la imagen corporal no solo se construye a nivel individual, sino que también está profundamente influenciada por los roles de género y las normas socioculturales. Históricamente, el cuerpo femenino ha sido objeto de regulación y control social, convirtiéndose en un símbolo de belleza, fertilidad y deseo, lo que ha generado una presión constante sobre las mujeres para ajustarse a ideales estéticos dominantes (Bordo,

1993).

La imagen corporal es un componente esencial de la autoestima, ya que la forma en que una persona se percibe y acepta a sí misma influye directamente en su autoconcepto y confianza. Según Alcántara (1993), la autoestima es la actitud que una persona tiene hacia sí misma, reflejada en su manera de pensar, sentir y actuar. Rosenberg (1979) la define como un conjunto de creencias, positivas o negativas, sobre uno mismo, que afectan la satisfacción personal, el bienestar emocional y la autoconfianza.

En esta misma línea, Valencia (2007) explica que Maslow ha catalogado la autoestima como una de las necesidades fundamentales del ser humano, específicamente dentro de la necesidad de reconocimiento. Esta necesidad se relaciona con el respeto y la confianza en sí mismo, los cuales se fortalecen a través del reconocimiento de los demás, del éxito logrado a lo largo de la vida y de las experiencias personales. De esta manera, la autoestima se construye a partir de la evaluación que cada individuo hace de sí mismo, estableciendo una valoración general sobre su identidad y capacidades.

Por último, Martínez (2010) enfatiza la influencia de la autoestima en diversos aspectos de la vida de una persona, como el estado de ánimo, el compromiso y la iniciativa para llevar a cabo actividades que se desean o necesitan realizar. Una autoestima positiva puede potenciar la motivación y el desempeño, mientras que una baja autoestima puede representar un obstáculo en el desarrollo personal. Para comprender mejor cómo se configura la autoestima, Martínez (2010) identifica tres componentes principales: el afectivo, el conductual y el cognitivo.

El componente afectivo se refiere a la respuesta emocional que una persona percibe sobre sí misma. Es la forma en que se siente consigo misma, la aceptación personal y el nivel de satisfacción que experimenta con su propia identidad. Este componente es clave,

ya que determina si una persona se valora de manera positiva o negativa, lo que influye en su confianza y en su bienestar emocional (Martínez, 2010).

El componente conductual está relacionado con las intenciones y acciones que una persona realiza en función de la percepción que tiene de sí misma. Es decir, se manifiesta en la disposición para actuar de acuerdo con la autoimagen y en el grado de confianza en sus propias capacidades. Este componente influye en la toma de decisiones y en la manera en que una persona enfrenta los desafíos o se compromete con sus objetivos (Martínez, 2010).

Por último, el componente cognitivo abarca las representaciones, creencias, ideas y descripciones que una persona construye sobre sí misma en distintos ámbitos de su vida. Es la forma en que se concibe a sí misma, lo que incluye tanto su autopercepción como la imagen que cree proyectar en los demás. Este componente influye en la autoevaluación y en la manera en que una persona interpreta sus experiencias y logros (Martínez, 2010).

Es por esto que la autoestima se puede comprender como una parte fundamental en la vida de las mujeres, puesto que influye directamente en el bienestar emocional, desarrollo personal y capacidad para enfrentar desafíos. Una autoestima positiva les permite fortalecer su confianza, tomar decisiones asertivas y establecer relaciones saludables, mientras que una baja autoestima puede generar inseguridad, limitaciones y dificultades en su vida social y profesional. Así, comprender el impacto que la mastectomía puede tener sobre la autoestima de las mujeres es esencial, ya que este procedimiento, además de sus implicaciones físicas, toca dimensiones profundamente emocionales y simbólicas asociadas a la identidad femenina. Estudiar la autoestima en mujeres mastectomizadas no solo permite visibilizar sus experiencias internas, sino también contribuir al diseño de estrategias de acompañamiento psicológico más empáticas, integrales y centradas en su proceso de reconstrucción emocional y subjetiva.

Método

El método de investigación que se escogió para la realización de este trabajo fue el cualitativo. La investigación cualitativa es definida como aquella que produce datos descriptivos a partir de palabras y la observación de las conductas de las personas investigadas (Taylor et al., 2016). Además, tiene como objetivo “la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno” (Husserl, 1998 p. 47).

El método de investigación cualitativo responde a la necesidad de comprender fenómenos desde la perspectiva de los propios participantes, explorando sus significados, experiencias y construcciones sociales (Flick, 2018). Este enfoque se aplica en problemáticas donde es esencial analizar la subjetividad. Se trata de una investigación de enfoque cualitativo, ya que su propósito es explorar las vivencias de las participantes, las cuales solo pueden ser comprendidas a partir de la escucha activa y el reconocimiento de sus experiencias personales.

Diseño

En cuanto al diseño fenomenológico-hermenéutico, este se lleva a cabo a través de actividades de naturaleza empírica (recoge la experiencia) y naturaleza reflexiva (analizar sus significados). La fenomenología, según Moules (2002) citado en Rojas-Gutierrez (2023), es la ciencia encargada de investigar las experiencias humanas tal como son vividas, sin prejuicios ni interpretaciones previas, mientras que la hermenéutica invita al investigador a fundamentar y justificar sus interpretaciones a partir de la vivencia del sujeto. En este sentido, Rojas- Gutierrez (2023) señala que la hermenéutica no altera la esencia de la fenomenología, sino que la complementa, permitiendo que el investigador se enriquezca con nuevos conocimientos y amplíe su perspectiva.

En ese sentido, para Van Manen (2003), los métodos son la descripción de experiencias personales, la entrevista conversacional y la observación de cerca. Este enfoque está orientado a la descripción e interpretación de las estructuras fundamentales de la experiencia, al reconocimiento del significado del valor pedagógico de esta experiencia. A partir de estos resultados, se buscó profundizar en la vivencia subjetiva e interpretar con mayor claridad las respuestas a la pregunta de investigación.

Este enfoque investigativo fue relevante para la investigación que se realizó ya que buscó comprender e interpretar la vivencia de las mujeres mastectomizadas, permitiendo así profundizar en la realidad y alcanzar una comprensión más significativa frente a sus vivencias a través de un análisis reflexivo.

Participantes

En lo que respecta a la población, las participantes fueron mujeres mastectomizadas que residen en la ciudad de Cali. Como criterios de inclusión se estableció que las participantes debían tener entre 30 y 70 años, debían estar en una relación amorosa en el momento que les realizaron la mastectomía, y haber pasado más de 2 años desde que les realizaron la mastectomía, ya que se buscaba que las mujeres hubieran atravesado el proceso de adaptación físico y emocional posterior a la intervención quirúrgica, permitiendo así una mayor consolidación de su experiencia frente a los cambios en su imagen corporal, autoestima y vivencias. Adicionalmente, eran pacientes en remisión completa y firmaron el consentimiento informado. Por otro lado, como criterios de exclusión, se planteó que las participantes no debían encontrarse actualmente en tratamiento psiquiátrico.

La muestra estuvo conformada por seis mujeres seleccionadas de manera intencional por bola de nieve.

Categoría de análisis

La tabla 1 presenta las categorías del estudio.

Tabla 1.

Categorías de estudio

Categoría	Subcategoría
<p>Experiencias relacionadas con la mastectomía</p> <p>Proceso de diagnóstico del cáncer de mama, tratamiento y mastectomía, razones por las cuales no se realizaron una reconstrucción mamaria.</p>	<p>Historia de la enfermedad y tratamientos</p> <p>Descripción del proceso de diagnóstico del cáncer de mama, los tratamientos médicos recibidos y la manera en que las mujeres comprenden y resignifican su experiencia con la enfermedad. Esta vivencia también estuvo influida por la decisión, y sus razones clínicas o personales, de no realizar una reconstrucción mamaria.</p> <p>Percepción del proceso de mastectomía</p> <p>La experiencia subjetiva que cada mujer construyó basándose en los sentimientos que surgieron tras la mastectomía, en la forma en que comenzó a verse a sí misma y en el significado que le atribuyó a esta nueva imagen corporal.</p>
<p>Autoestima</p> <p>Conjunto de pensamientos, sentimientos y creencias, tanto positivas como negativas, que una persona tiene sobre sí misma. Además, resalta que la autoestima incluye sentimientos de satisfacción personal, lo que sugiere que la forma en que nos percibimos influye en nuestro bienestar emocional y en nuestra autoconfianza Rosenberg (1979).</p>	<p>Amor y apoyo familiar:</p> <p>Crocker y Wolfe (2001) definen esta como el grado en que la autoestima de un individuo se basa en sentirse amado, aceptado y apoyado por los miembros de la familia.</p> <p>Apariencia física:</p> <p>Según Crocker y Wolfe (2001), refiere a la medida en que la autoestima de una persona se basa en su atractivo físico percibido.</p> <p>Aprobación social:</p> <p>Crocker y Wolfe (2001) describen esta</p>

contingencia como el grado en que la autoestima de un individuo depende de la aprobación de otros.

Imagen corporal

Cash y Pruzinsky (1991), plantean que la imagen corporal es una experiencia subjetiva que no necesariamente guarda una relación objetiva con la realidad.

Además, plantean que se trata de un concepto multifacético y dinámico, influenciado por factores sociales desde el nacimiento, por lo que varía a lo largo de la vida según las experiencias individuales. La imagen corporal también está ligada a los sentimientos de autoconciencia, dado que la percepción del cuerpo está estrechamente relacionada con la percepción de uno mismo. Asimismo, influye en el procesamiento de la información y en el comportamiento, no solo de manera consciente, sino también en niveles preconscientes e inconscientes.

Nivel perceptual

La percepción que se tiene del propio cuerpo, incluyendo información sobre el tamaño, la forma y las distintas partes del cuerpo.

Nivel cognitivo

Abarca los pensamientos, creencias y auto mensajes que se construyen sobre el cuerpo.

Nivel emocional

Engloba los sentimientos relacionados con el grado de satisfacción con la propia apariencia y las experiencias que se viven a través del cuerpo.

Vivencia de feminidad

La feminidad, entendida desde Tubert (2014), Lamas (s.f) y Lagarde (1996), es una construcción histórica y cultural moldeada por discursos sociales que cambian según la época y el contexto, influyendo en la identidad, la autopercepción y las relaciones de las mujeres.

Nota. Elaboración propia

Durante el análisis de las entrevistas emergió una subcategoría dentro de la categoría de autoestima: los efectos en la relación de pareja tras la mastectomía. Esta subcategoría aborda cómo las relaciones amorosas de las mujeres se vieron afectadas tras la intervención y los cambios físicos y emocionales asociados.

Instrumentos

La recolección de datos se centró en obtener los relatos autobiográficos de los individuos respecto al fenómeno en estudio. En esta fase, los participantes, considerados expertos en su propia experiencia, describieron sus vivencias, detallando sus estados de ánimo y emociones, y enfatizando sucesos específicos relevantes (Fuster, 2019; Duque & Díaz, 2019). Para facilitar este proceso, se utilizó la entrevista semiestructurada, una estrategia que promueve un diálogo abierto entre el investigador y el participante.

Fue fundamental contar con un protocolo de entrevista semiestructurada por áreas temáticas y con preguntas que progresen en complejidad (Duque & Díaz, 2019) (ver Anexo A). El objetivo principal de la entrevista fue comprender los significados y sentidos que el individuo le da a la experiencia investigada (Fuster, 2019). Las preguntas indagaron sobre la experiencia de la mastectomía y tratamiento de la enfermedad, autoestima, imagen corporal y vivencia de la feminidad.

Cabe destacar que la entrevista semiestructurada fue evaluada por dos jueces expertas en psicología clínica, quienes valoraron su pertinencia, claridad y coherencia con los objetivos del estudio.

Finalmente, antes de la recolección de información, se llevó a cabo una prueba piloto de la entrevista semiestructurada, con el propósito de validar la comprensión, claridad y adecuación del instrumento y realizar los ajustes necesarios.

Análisis de datos

Esta investigación utilizó el enfoque del Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI), que busca comprender cómo las personas experimentan y dan sentido a sus vivencias. Según Smith y Osborn (2008), citados por Duque y Aristizábal (2019), cada experiencia psicológica es única y debe analizarse de forma individual. El proceso inició con la transcripción detallada de las entrevistas para identificar elementos clave en el lenguaje y expresiones emocionales. Posteriormente, se extrajeron los temas más relacionados con las categorías de análisis y se organizarán en tablas por entrevista, facilitando una síntesis clara de los significados construidos por cada participante.

Se utilizó el software ATLAS.ti para apoyar el análisis cualitativo, permitiendo segmentar, organizar y codificar grandes volúmenes de información cualitativa.

Procedimiento

El estudio inició posterior a la obtención del aval por parte del Comité Institucional de Ética de la Universidad.

La convocatoria de los participantes se realizó por medio de una pieza publicitaria digital difundida a través de redes sociales mencionando los criterios de inclusión y un número de contacto para resolver inquietudes. Como estrategia complementaria, se implementó el método de voz a voz, aprovechando las redes de confianza de los posibles participantes.

La información se recolectó utilizando una entrevista semiestructurada, centrada en aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y la vivencia emocional. Esta fue grabada en formato de audio con fines exclusivamente investigativos, en cumplimiento de lo establecido en el consentimiento informado, que resguarda la confidencialidad y el uso ético de los datos. Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas de manera textual

y anonimizada, eliminando cualquier dato que permitiera identificar a los participantes, con el fin de proteger su identidad y garantizar la integridad de la información.

Se analizaron las experiencias relatadas por las participantes a partir de las categorías previamente definidas, permitiendo también la emergencia de nuevas categorías. Los hallazgos se examinaron en relación con los objetivos del estudio y se contrastaron con los antecedentes teóricos y empíricos, con el fin de identificar similitudes, diferencias y posibles aportes al conocimiento. Finalmente, se elaboraron las conclusiones, recomendaciones y se reconocieron las limitaciones metodológicas del estudio.

Una vez el estudio sea aprobado por parte de la evaluadora, se realizará una socialización de manera virtual con los participantes. Este espacio tendrá como finalidad compartir los principales hallazgos de la investigación y ofrecer a los involucrados una visión general del conocimiento generado a partir de sus experiencias. La socialización se desarrollará en un ambiente de respeto, cuidado y reconocimiento, con el propósito de cerrar el proceso investigativo de manera significativa, valorando el aporte personal de cada participante y fomentando la reflexión colectiva sobre la experiencia del cáncer en pareja.

Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta lo dispuesto en la Resolución 8430 del Ministerio de Salud Nacional (1993), que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación se clasificó como de riesgo mínimo. Asimismo, el estudio fue desarrollado en conformidad con la Ley 1090 de 2006, que regula el ejercicio de la psicología en Colombia, con el propósito de respetar la dignidad y el bienestar de las participantes.

Estas fueron plenamente informadas sobre los objetivos, procedimientos, posibles

riesgos y beneficios asociados a su participación. Asimismo, se garantizó la confidencialidad de los datos recolectados, restringiendo el acceso únicamente a los dos investigadores responsables y a la directora del estudio. Como medida adicional para preservar el anonimato, se utilizaron tecnologías que permitirán distorsionar la voz de los participantes durante el registro de las entrevistas con el fin de proteger la identidad y la privacidad. Toda esta información fue presentada a los participantes mediante un consentimiento informado (ver Anexo B), documento en el cual se detallaron las condiciones y acuerdos de participación. Dicho documento incluyó los datos de contacto de las investigadoras, los objetivos del estudio, los procedimientos que se siguieron en la sesión, y se especificó que la entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos a 1 hora, siendo grabada para fines de transcripción. También se explicitó las garantías de confidencialidad, el uso de pseudónimos para proteger la identidad de los participantes, y los derechos de estos, incluidos el carácter voluntario de su participación, la ausencia de retribución económica y la libertad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias. El consentimiento fue firmado por ambas partes previo al inicio de la entrevista.

Debido a la naturaleza del tema abordado y la posible sensibilidad emocional que podría surgir durante las entrevistas, considerando la historia personal, antecedentes de crisis emocionales u otras experiencias significativas de vida de las participantes, se anticiparán riesgos adicionales que podrían manifestarse. Por tal motivo, se implementaron protocolos específicos para la atención de los participantes durante y después de las entrevistas (Ver Anexo C), en concordancia con la Ley 1090 de 2006, procurando en todo momento garantizar la confidencialidad, el respeto y el bienestar de los participantes, priorizando su estado emocional sobre cualquier interés de recolección de información.

De igual forma, las entrevistas se realizaron en las casas de las participantes, atendiendo

a su preferencia. Esta decisión permitió garantizar un ambiente de privacidad, comodidad y condiciones seguras para el adecuado desarrollo de la conversación. Durante las entrevistas, las dos investigadoras permanecieron atentas a las reacciones emocionales de las participantes. En caso de que alguna presentara signos de crisis emocional, se activaría un protocolo de atención que incluiría la suspensión inmediata de la actividad, la valoración de las necesidades de la participante, la observación de signos físicos y psicológicos y la entrega de contención emocional básica a través de técnicas como ofrecer agua, facilitar la respiración controlada y realizar intervenciones de apoyo emocional, siguiendo principios de primeros auxilios psicológicos. Si la situación lo hubiera requerido, se hubiera solicitado apoyo de la directora del trabajo de grado. Además, si hubiera sido necesario, se hubiera gestionado la remisión a un servicio profesional de atención psicológica, sin embargo, no lo fue. En todo momento, el bienestar emocional del participante será considerado prioridad por encima del avance de la recolección de datos.

Si se identificara que el participante requiriera acompañamiento psicológico, se le orientaría hacia los servicios de apoyo disponibles en su EPS correspondiente. En caso de ser apropiado, también se le facilitaría información sobre líneas de atención psicológica gratuita o profesionales disponibles en la ciudad. A esto se sumaría un seguimiento personal o telefónico para verificar su evolución y acceso a los servicios pertinentes. Si el participante, tras este proceso, decidiera continuar en el estudio, se programaría una nueva sesión, siempre que los investigadores lo consideren adecuado. De lo contrario, se le informó a la participante que podía retirarse sin ningún tipo de penalización o repercusión negativa. Por último, el desarrollo de esta investigación se registrará por el Código Deontológico y Bioético establecido por el Colegio Colombiano de Psicólogos, el cual define los principios, derechos, deberes y normas que orientan la

práctica profesional. En particular, se tuvo en cuenta los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, los cuales buscan garantizar el respeto y bienestar de los participantes.

Estos lineamientos fueron contemplados en el *Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo* del Colegio Colombiano de Psicólogos (2019), el principio de beneficencia busca promover el bienestar de las personas, grupos y comunidades atendidas. El principio de no maleficencia establece la obligación moral de evitar cualquier daño potencial a los participantes. Por su parte, el principio de autonomía garantiza que las personas sean informadas de manera adecuada sobre el propósito y la naturaleza de la investigación, respetando siempre su libertad de decidir si desean participar. Finalmente, el principio de justicia promueve un trato equitativo y respetuoso hacia todos los involucrados, sin ningún tipo de discriminación. Estos lineamientos éticos se encuentran establecidos en el *Manual deontológico y bioético del psicólogo* (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2019).

Con base en estos principios, se reconoció la importancia de cuidar integralmente a las participantes en todas las dimensiones implicadas en el proceso investigativo. En consecuencia, las investigadoras del estudio se comprometieron a conocer, respetar y aplicar esta normativa a lo largo de todo el desarrollo de la investigación.

Resultados

Para esta investigación se contó con la participación de seis mujeres mastectomizadas residentes en la ciudad de Cali. Los encuentros con las participantes se realizaron de manera presencial mediante entrevistas semiestructuradas, las cuales permitieron explorar sus narrativas de vida, los significados atribuidos a la feminidad, la imagen corporal y la autoestima tras la mastectomía. Estas entrevistas facilitaron un espacio de diálogo abierto y reflexivo, propiciando la comprensión de sus experiencias desde una perspectiva subjetiva, emocional y relacional. A continuación, se presenta una breve descripción de las seis mujeres participantes en el estudio.

Sol tiene 75 años y se encuentra jubilada. Trabajó durante varios años en una empresa como jefe de servicios generales y tras su jubilación, fue diagnosticada con cáncer de mama a los 62 años. Es de nivel socioeconómico alto y actualmente vive con su esposo, con quien comparte una relación de más de 55 años y durante el proceso de la enfermedad vivía únicamente con él.

María Cecilia tiene 54 años y es psicóloga de profesión. Es de nivel socioeconómico alto. Desde hace 22 años trabaja en una empresa de consultoría, acompañando procesos de transición de carrera y desarrollo de liderazgo. Está casada con su esposo desde hace 30 años y tiene una hija de 29 años que actualmente reside en Brasil. Fue diagnosticada en enero del 2022 a sus 51 años.

Luz tiene 79 años y lleva 25 años vinculada como voluntaria a una fundación en un hospita donde se dedica a ayudar a los pacientes y detectar las necesidades tanto de los pacientes como de la fundación. Fue diagnosticada con cáncer a los 42 años y vive actualmente con su esposo, con quien ha compartido la mayor parte de su vida. Es de nivel socioeconómico alto. Durante su proceso de enfermedad convivía con él y sus tres hijos, quienes, con el tiempo, formaron sus propias familias.

Liliana, de 55 años, es fundadora de una fundación que apoya a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Vive con su esposo, quien ha sido una figura de acompañamiento fundamental

en su proceso de afrontamiento y transformación personal. Fue diagnosticada a sus 48 años. Es de nivel socioeconómico alto.

Danna tiene 50 años y es administradora de empresas y trabajadora social, profesión que decidió estudiar tras su experiencia con el cáncer para poder dirigir una fundación de mujeres con cáncer de mama. Es de nivel socioeconómico medio. Fue diagnosticada a sus 40 años y durante el proceso vivió con su madre y su hijo, y posteriormente inició una relación amorosa que se ha mantenido por nueve años. Actualmente vive con su pareja.

Por último, Bianca, de 54 años, quien este momento se dedica a ser ama de casa, fue diagnosticada con cáncer de mama a los 49 años. Vive con su esposo y sus dos hijas, con quienes también compartió las etapas de su enfermedad. Es de nivel socioeconómico medio.

A continuación, se describen los resultados de las categorías del estudio.

“Fui diagnosticada el 26 de diciembre de 2018. Fue un momento muy difícil. Yo ya presentía el diagnóstico mientras realizaba los exámenes pre a todo”: historia de la enfermedad y tratamientos

Para comprender la categoría de historia de la enfermedad y tratamientos se consideraron elementos centrales como el momento del diagnóstico, los procesos médicos atravesados y las decisiones frente a la reconstrucción mamaria. Estos aspectos permiten entender la complejidad física, emocional y práctica que vivieron las participantes, así como las formas en que enfrentaron el dolor, la incertidumbre y los cambios corporales durante su recorrido por la enfermedad.

Las seis participantes fueron diagnosticadas con cáncer de mama en diferentes momentos de sus vidas, entre los 42 y 62 años, enfrentando procesos médicos complejos. Todas tuvieron mastectomías, en varios casos dobles o radicales, algunos tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia y algunas debieron someterse a procedimientos adicionales debido a complicaciones o recaídas. Los diagnósticos llegaron en circunstancias diversas, muchas veces de forma

inesperada, y los tratamientos se extendieron por meses o incluso años, representando para toda una experiencia física y emocionalmente exigente, marcada por el dolor, la incertidumbre y, al mismo tiempo, una gran fortaleza y resiliencia frente a la enfermedad.

Además, las participantes tuvieron distintos motivos para no realizarse la reconstrucción mamaria. En la mayoría de los casos, no pudieron concluir el procedimiento porque sus cuerpos rechazaron las intervenciones, como lo expresó una de ellas: *“Bueno, no fue que no deseara reconstruirme. El doctor me aconsejó que me hiciera un colgajo... Eso me hicieron a mí, pero a mí eso no me pegó... Entonces, una vez que ya vi que eso no me iba a servir, decidí quedarme así: sin pucheca. Decidí no seguir luchando”* (Sol). Otra participante decidió no reconstruirse porque no quería enfrentar más dolor luego de un proceso médico ya agotador. Finalmente, una de ellas lo vivió como una convicción íntima desde el principio: *“No, yo no conversé con nadie, fue mi decisión... Fue algo interno que yo no te podría explicar, el motivo por el cual en ese momento yo dije nunca me voy a reconstruir”* (Luz).

En relación con la percepción del proceso de la mastectomía, las participantes expresaron distintas formas de experimentar y asumir los cambios en su cuerpo a lo largo de la recuperación. Algunas reconocieron que, aunque al inicio les resultó difícil enfrentar las cicatrices y la ausencia de pezones, con el tiempo lograron reinterpretar estas marcas como parte de su historia personal y de su proceso de sanación. *“No, claro que me dio muy duro no tener pezones. Fue lo que más duro me dio. Me demoré mucho en ver mi cicatriz. Pero en su momento fue más importante mi salud y ahora solo me veo como alguien que tiene cicatrices que muestran su historia”* (Liliana).

Algunas participantes percibieron el proceso como un recordatorio de la vulnerabilidad humana y de la necesidad de valorar la vida y la fortaleza personal: *“Como un recuerdo de que todos somos vulnerables, de dar gracias, de tu fortaleza. De dar gracias, de que en cualquier momentico uno puede perder algo. En cualquier momento. Nada es de uno como tal”* (Luz).

“Yo pienso que me admiro muchísimo más que antes”: autoestima

Para dar cuenta de la categoría de autoestima, se definieron tres subcategorías: el amor y el apoyo familiar, la apariencia física y la aprobación social. Estas temáticas permiten comprender los impactos físicos, emocionales, relacionales y sociales en su autoestima que acompañaron su proceso de enfermedad y recuperación y los desafíos médicos que enfrentaron.

De acuerdo con lo referido por las participantes, la mastectomía y sus secuelas han generado un impacto estético significativo que afecta su autoestima en relación con la apariencia física, pues las transformaciones corporales alteran la forma en que se perciben. Algunas, como María Cecilia o Bianca, evidencian el malestar derivado de los cambios quirúrgicos, al expresar incomodidad con su figura o con las marcas que dejó la cirugía: *“Yo me miro en el espejo y digo, no, pero ¿por qué? Y siempre ahí como un cacho que sale debajo de la cirugía. O sea, la cirugía queda hundida y sale un cacho allí. Eso a mí me afecta, eso es lo que más me ha afectado”* (Bianca). Sin embargo, a pesar de este impacto inicial, la mayoría de las participantes lograron resignificar su imagen corporal, encontrando en la experiencia de la enfermedad una fuente de fortaleza interna y admiración personal. Danna, por ejemplo, afirma: *“yo pienso que me admiro muchísimo más que antes (...) ahora me disfruto lo que me como, sé que me tengo que cuidar, pero no por vanidad. He aprendido a vivir más relajada y a no estar tan pendiente de lo que la gente espera de mí...”*, mientras que Liliana señala haber aprendido *“a aceptar mi cuerpo y a sentir paz con mi imagen corporal”*. Así, la preocupación por la estética pasa a un segundo plano, dando paso a una autoimagen más compasiva y fortalecida.

En relación con el amor y apoyo familiar, las experiencias de las participantes evidencian diferencias significativas en cuanto al acompañamiento recibido durante el proceso de enfermedad. Algunas refieren haber contado con una presencia afectiva constante y comprensiva por parte de sus parejas, quienes se mostraron atentos a sus necesidades emocionales y físicas. Una de ellas

expresa: *“Él fue maravilloso, me sentí amada. Me dijo que él me iba a amar de todas las maneras. Estuvo muy pendiente de mí, de mis emociones. Nunca me hizo sentir menos”* (Liliana). En contraste, la experiencia de pareja fue diferente para otra participante, quien manifestó no haber recibido el mismo respaldo emocional, reflejando un distanciamiento ante los cambios físicos: *“Yo tenía también una pareja que apenas me vio calva se fue”* (Danna).

Por otro lado, en cuanto a la aprobación social, las participantes manifestaron que los cambios corporales derivados del tratamiento no alteraron de manera significativa su vida social ni su forma de relacionarse con los demás. Algunas refirieron haber continuado con sus actividades cotidianas y vínculos habituales sin percibir modificaciones en la forma en que eran vistas por su entorno. Así lo expresa una de ellas: *“Seguí mi vida común y corriente, con mis amigas, con las reuniones, todo. No, eso no influyó en mi caso para nada”* (Luz). De manera similar, otra participante señaló que la actitud personal frente a los cambios juega un papel importante en la manera en que los otros reaccionan: *“Yo creo que esos cambios de las otras personas, depende como vean tu actitud. Porque si tú no te cohibes, no te tapas, no te molesta, entonces la gente no te dice nada y te aceptan”* (Sol).

Dentro de la categoría de autoestima surgió una categoría emergente con los efectos de la mastectomía en la relación de pareja. Esta se considera una categoría emergente, ya que, a partir del análisis de las entrevistas, se identificó que los cambios identificados en la relación y dinámica de pareja tras la mastectomía no se explican únicamente por variaciones en la autoestima, sino que responden a transformaciones relacionales específicas asociadas a la vivencia corporal, emocional e íntima posterior a la intervención.

Según los distintos relatos de las mujeres entrevistadas, la mastectomía deja huellas en la intimidad y en la forma en que se vinculan con sus parejas. Para algunas, las transformaciones físicas y emocionales alteran la manera en que se perciben. Sol lo expresa al recordar que al inicio

le “daba pena” mostrarse, pues “el golpe de sentirse mochita es duro”. Para otras, como Bianca, la relación de pareja se tornó distante y la vida sexual se debilitó: “*ya no te miran como con amor, sino como con, ay pobrecita*”, revelando cómo la cirugía no solo afecta el cuerpo, sino también (el modo en que el otro lo contempla). En otros casos, la experiencia abre paso a vínculos más empáticos y respetuosos. Danna, por ejemplo, reconoce las dificultades iniciales con la intimidad, pero resalta el apoyo de su pareja, quien la acompañó en cada etapa y comprendió sus límites: “*él sabe que para mí es importante que no me siento cómoda y que no me lleve a hacer algo que no me sienta cómoda*”.

“Sin embargo, he aprendido a aceptar mi cuerpo y a sentir paz”: imagen corporal

Para el análisis de la categoría de imagen corporal se retoman tres subcategorías que permiten comprenderla de manera integral: el nivel perceptual, el nivel cognitivo y el nivel emocional. Estas dimensiones ofrecen una mirada completa sobre cómo viven y significan su cuerpo después de la mastectomía.

Según lo manifestado por las participantes, para algunas, la percepción del propio cuerpo se ve alterada por las cicatrices, la pérdida del seno o el cambio en la textura y forma de la piel, generando sensaciones de extrañeza, desagrado o desconexión con la imagen reflejada. Bianca describe este impacto con crudeza al afirmar: “*verse en el espejo y no tener el seno es como que le falta algo a uno, como si no fuera la misma*”. De manera similar, Danna expresa su incomodidad con las secuelas del tratamiento: “*mis brazos y mis axilas son feos (...) yo me tapo siempre para que no se me vea*”, mostrando cómo los cambios corporales pueden modificar la forma de habitar y mostrar el cuerpo en lo cotidiano. Sin embargo, la percepción no se limita al rechazo o la pérdida; también se transforma en un proceso de reconocimiento y aceptación. Con el tiempo, algunas mujeres logran mirar su cuerpo desde una perspectiva distinta, encontrando belleza y significado en las marcas que antes dolían. Sol, por ejemplo, reconoce que, aunque “*a veces me miro y digo,*

bueno, no es bonito, pero tampoco me amarga. Es aceptar”, revelando que la percepción corporal evoluciona hacia una aceptación tranquila, donde la apariencia deja de ser fuente de sufrimiento.

En relación con el nivel cognitivo, las participantes expresaron distintas formas de percibir y comprender los cambios corporales tras la cirugía. Algunas manifestaron haber alcanzado una aceptación consciente de su nueva imagen, logrando reconciliarse con su cuerpo y encontrar tranquilidad en esa transformación. Así lo expresó una de ellas: *“Sin embargo, he aprendido a aceptar mi cuerpo y a sentir paz con mi imagen corporal” (Liliana)*. En contraste, otras participantes evidenciaron una percepción más crítica y difícil frente a las alteraciones físicas, reflejando incomodidad ante la ausencia del seno y las modificaciones en su figura: *“Y te queda como ese montón, como esa deformidad ahí. No sé si será por costillas, no sé. Pero verse allí la ausencia del seno y ese bulto más abajo es raro” (Bianca)*.

Según los distintos relatos de las participantes, el nivel emocional en torno a la apariencia corporal tras la mastectomía engloba una mezcla de sentimientos que varían entre la insatisfacción, la aceptación y la reconciliación con el propio cuerpo. En un inicio, algunas mujeres experimentan un profundo malestar al enfrentarse a la nueva imagen que refleja el espejo, marcada por cicatrices y ausencias que alteran su autopercepción. María Cecilia expresa *“me siento como un tarro”*, evidenciando cómo el cuerpo se convierte en un recordatorio visible de la enfermedad y el tratamiento. Sin embargo, para otras mujeres, a medida que transcurre el tiempo, la relación con el cuerpo se transforma. La experiencia del cáncer lleva una reevaluación de lo que realmente significa sentirse bien consigo misma. Liliana, por ejemplo, relata que al principio sintió miedo y tristeza, pero luego logró construir una relación de aceptación y gratitud: *“sin embargo he aprendido a aceptar mi cuerpo y a sentir paz con mi imagen corporal”*.

“Sí, ya no mido la belleza por el cuerpo sino por la fortaleza interior. Considero que la feminidad trasciende la apariencia física”: vivencia de la feminidad

Finalmente, según las diferentes narrativas, la vivencia de la feminidad después de la mastectomía implica un proceso de reconstrucción simbólica que va más allá de los estándares físicos. Al enfrentarse a la pérdida del seno, muchas mujeres reevalúan lo que significa ser femenina y la belleza. María Cecilia, por ejemplo, reconoce que *“el busto era mi sex appeal”* y que, aunque ahora prioriza la comodidad sobre la apariencia, sigue considerando que *“el cuerpo femenino no es solo tener senos”* marcando una distancia entre la apariencia corporal y el sentido de ser mujer. En contraste, Liliana resignifica la feminidad desde la fuerza interior al afirmar que *“ya no mido la belleza por el cuerpo sino por la fortaleza interior”*. Los relatos muestran que la mastectomía no elimina la feminidad, sino que la transforma. Cada mujer, desde su vivencia, reconstruye su identidad femenina en clave de fortaleza, gratitud y autenticidad. La feminidad deja de ser un atributo estético para convertirse en una experiencia interna, emocional y simbólica, donde la belleza se reconfigura como una forma de resistencia, aceptación y amor propio.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue comprender la percepción del impacto de la mastectomía en la autoestima, la imagen corporal y la vivencia de la feminidad en las mujeres mastectomizadas de la ciudad de Cali. Para ello, se desarrolló un estudio cualitativo con un diseño fenomenológico hermenéutico que permitió explorar mediante entrevistas en profundidad las experiencias subjetivas de las participantes y sus vivencias derivadas de la mastectomía.

Todas las participantes atravesaron mastectomías, en algunos casos radicales o dobles y tratamientos como quimioterapia o radioterapia, configurando una experiencia física y emocionalmente exigente, pero también atravesada por resiliencia. Las experiencias relacionadas con la mastectomía evidencian que las participantes atravesaron procesos médicos largos y emocionalmente demandantes, en los que el diagnóstico, los tratamientos y la cirugía implicaron cambios corporales profundos. Las razones para no realizarse la reconstrucción mamaria fueron variadas, entre ellas complicaciones, cansancio emocional o decisión personal y reflejan la búsqueda de bienestar y autonomía. En conjunto, estas experiencias muestran que la mastectomía transforma no solo el cuerpo, sino también la manera en que cada mujer reconstruye su identidad tras la enfermedad.

De esta manera, la percepción del proceso de la mastectomía en las participantes revela un proceso de resignificación corporal en el que el dolor inicial, la vergüenza o el impacto de la pérdida dan paso a una comprensión más profunda de la fortaleza y la vulnerabilidad humanas. Sus relatos muestran que la aceptación no surge porque el malestar desaparece, sino porque logran integrar la cicatriz como parte de una identidad en la que la salud y la supervivencia se vuelven más importantes que la apariencia física. Este hallazgo sobre que el malestar no desaparece contrasta con lo descrito por Fallbjörk et al. (2013), quienes encontraron que muchas mujeres continúan experimentando rechazo hacia su imagen corporal y sentimientos persistentes de pérdida incluso

dos años después de la mastectomía, lo que evidencia dificultades prolongadas de aceptación.

Por el contrario, coinciden con lo reportado por Gershfeld-Litvin (2018), cuyo estudio muestra que, tras el impacto inicial, las mujeres reconstruyen el significado de su experiencia, resignifican la pérdida mamaria y atribuyen a sus cicatrices un sentido de fortaleza y reconstrucción identitaria. Dar una resignificación a la experiencia permite transitar el proceso de manera más llevadera, pues cambiar la mirada facilita la aceptación. Es una experiencia que implica reorganizar los significados asociados al cuerpo y a la pérdida, haciendo la vivencia menos traumática y emocionalmente más manejable.

Asimismo, se observa coherencia con estudios que señalan el impacto significativo de la mastectomía en la imagen corporal, la autoestima y la identidad femenina, dado el simbolismo del seno en la construcción de la feminidad (Afshar-Bakshloo et al., 2023; Santos et al., 2021).

Una posible explicación de este fenómeno es que, tras vivir tratamientos intensos y cambios corporales significativos, las mujeres buscan evitar más dolor y recuperar control sobre su cuerpo, priorizando su bienestar emocional antes que las expectativas estéticas. Asimismo, la experiencia del cáncer puede llevarlas a resignificar la ausencia del seno, no solo como una pérdida, sino como una muestra de fortaleza y una forma de aceptación que se ajusta a sus necesidades internas y a la manera en que reconstruyen su identidad después de la enfermedad.

En cuanto a la autoestima, los resultados muestran cómo la mastectomía impacta de manera profunda la forma en que las mujeres se valoran y se relacionan consigo mismas, revelando que este proceso no depende únicamente de los cambios físicos, sino también de factores relacionales y sociales que moldean su autoconcepto. Estos hallazgos son coherentes con estudios previos que señalan el papel central del seno en la identidad femenina. Por ejemplo, Afshar-Bakshloo et al. (2023) evidencian que la pérdida del seno afecta la autoestima, la salud mental y la calidad de vida debido a su fuerte carga simbólica.

En los relatos se observa que la autoestima se ve afectada por la presencia o ausencia de apoyo familiar, por la forma en que las mujeres perciben su cuerpo tras la cirugía, por el peso que adquieren las miradas externas y por la manera en que estos cambios influyen en la relación de pareja. En conjunto, estas experiencias evidencian que la reconstrucción de la autoestima después de una mastectomía es un proceso dinámico, atravesado por vínculos afectivos, significados corporales y transformaciones en la identidad, lo que permite comprenderla como una dimensión central en la adaptación emocional tras el cáncer de mama.

La influencia de los vínculos emocionales y las dinámicas de pareja identificada en los relatos coincide con lo reportado por Phoosuwan & Lundberg (2023), quienes indican que la pérdida del seno y las cicatrices pueden modificar la experiencia íntima y la percepción de atractivo personal. A su vez, los resultados que muestran cómo el apoyo social favorece la reconstrucción de la autoestima se relacionan con lo encontrado por Pintado (2013, como se cita en Escalante et al., 2020), donde un mayor soporte emocional mejora el bienestar y mitiga el impacto negativo sobre la imagen corporal.

En cuanto al amor y apoyo familiar, se evidenció que las experiencias de las participantes fueron diversas, mostrando tanto la presencia de vínculos afectivos sólidos como la ausencia de acompañamiento emocional en algunos casos. Para varias de ellas, el respaldo de sus parejas y familiares fue un factor fundamental en el proceso de aceptación y recuperación, ya que sentirse amadas y comprendidas fortaleció su autoestima y les permitió afrontar con mayor serenidad los cambios físicos y emocionales derivados de la mastectomía. Sin embargo, otras relataron experiencias marcadas por el abandono o la falta de empatía, lo que intensificó su sensación de vulnerabilidad y afectó su autoconcepto. Estos resultados coinciden con estudios que han destacado el papel del apoyo emocional en la adaptación al cáncer de mama; por ejemplo, García et al. (2023) señalan que la autoestima y la resiliencia se potencian en presencia de redes de apoyo, favoreciendo

una vivencia más positiva del proceso, por el contrario Retamal et al. (2020) y Escalante et al. (2020) evidencian que el bienestar emocional y la calidad de vida están influenciados por factores como la calidad del acompañamiento familiar y social.

Una posible explicación de este fenómeno es que el amor y el apoyo familiar funcionan como una fuente externa de fortaleza en momentos en que las mujeres no logran sostenerse con sus propios recursos emocionales. Sentirse acompañadas, escuchadas y comprendidas reduce la sensación de estar enfrentando el proceso solas y les brinda seguridad para afrontar los cambios físicos y emocionales de la enfermedad. Esta presencia afectiva ayuda a proteger la autoestima, pues refuerza la idea de que siguen siendo valoradas y queridas, incluso en medio de transformaciones corporales difíciles.

En cuanto a la apariencia física, los resultados muestran que la mastectomía generó un impacto inicial en la percepción corporal de las participantes, especialmente en relación con las cicatrices y la pérdida del seno. Este cambio afectó de manera directa la autoestima, generando sentimientos de incomodidad, tristeza o rechazo hacia la propia imagen. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Afshar-Bakshloo et al. (2023), quienes identificaron que la mastectomía afecta profundamente la imagen corporal y puede generar vergüenza, desvalorización e insatisfacción, impactando la salud mental y la autoestima. No obstante, a lo largo del proceso, muchas de las mujeres lograron resignificar su cuerpo, reconociendo en las transformaciones físicas un símbolo de fortaleza y superación). Sin embargo, no todas las experiencias siguen esta misma trayectoria. Estudios como el de Tyner et al. (2023) muestran que algunas mujeres perciben sus cicatrices y el cierre plano como expresiones de triunfo y autonomía desde el inicio, sin experimentar un impacto negativo en su autoestima. Esto contrasta con la vivencia inicial de las participantes de este estudio.

Una posible explicación de estos resultados podría estar relacionada con el modo en que la

experiencia de la enfermedad confronta a las mujeres con la finitud de la vida, impulsándolas a revalorar lo realmente importante. Con el tiempo, las cicatrices dejan de representar una pérdida estética y comienzan a adquirir un significado más profundo, convirtiéndose en símbolos de resiliencia, supervivencia y orgullo. Así, la vivencia corporal se transforma: el cuerpo deja de ser evaluado por lo que perdió y pasa a ser reconocido por todo lo que fue capaz de resistir.

Por otro lado, respecto a la aprobación social, las participantes señalaron que, en general, los cambios corporales no modificaron de manera significativa su vida social ni la forma en que eran percibidas por los demás. Muchas continuaron desenvolviéndose con naturalidad y señalaron que la opinión de otros empezó a ocupar un lugar secundario, pues su bienestar y su proceso personal se volvieron prioritarios. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Tsarafi (2014), quien encontró que, después de atravesar el cáncer, muchas mujeres dejan de buscar la aprobación externa y comienzan a priorizar la salud, el tiempo y las relaciones verdaderamente significativas. Sin embargo, Tripathi et al. (2017) evidenciaron que, para un grupo importante de mujeres, la mirada social sí genera malestar, especialmente durante los primeros meses posteriores a la mastectomía, reflejándose en sensaciones de estigma, incomodidad o hipervigilancia frente a las reacciones de los demás.

Una posible explicación de estos resultados es que, para muchas mujeres, la experiencia del cáncer reordena sus prioridades: la aprobación social empieza a pasar a un segundo plano, mientras que la vida, la salud y el autocuidado adquieren un valor central. Al disminuir la importancia del “qué dirán”, la respuesta del entorno se vive con menor peso emocional, lo que permite transitar la experiencia de forma más libre y menos condicionada por expectativas externas.

No obstante, los relatos de las participantes evidencian que la mastectomía impacta de manera directa la vida íntima y la relación de pareja, aunque este efecto no es homogéneo: algunas mujeres experimentaron vergüenza, incomodidad corporal y distanciamiento afectivo o sexual,

mientras que otras vivieron procesos de acompañamiento, empatía y fortalecimiento del vínculo.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Phoosuwan y Lundberg (2023), quienes encontraron que la pérdida del seno y los cambios en la imagen corporal pueden afectar la autoestima y, con ello, la dinámica sexual y la calidad de las relaciones de pareja. Sin embargo, se contrastan con los resultados de Escalante et al. (2020), quienes observaron que, en ciertos casos, el autoconcepto de las mujeres se mantiene estable en dimensiones emocionales y sociales, lo que sugiere que no todas experimentan un deterioro en la vida íntima o en la relación con sus parejas tras la cirugía.

Una posible explicación de estas diferencias es que la mastectomía puede activar inseguridades vinculadas a la intimidad, pero el impacto final depende en gran medida del tipo de vínculo y del apoyo emocional recibido: cuando la pareja acompaña y valida, la experiencia se vive con mayor seguridad, mientras que dinámicas de distanciamiento o miradas compasivas tienden a profundizar la afectación emocional y sexual.

En cuanto a la imagen corporal se encontró que la mastectomía transforma de forma profunda cómo las mujeres se ven, se sienten en su cuerpo y lo comprenden. En el nivel perceptual, aparece un choque inicial al enfrentarse a la cicatriz y a la ausencia del seno. En el nivel cognitivo, cada una intenta comprender y darles sentido a estos cambios, y en el nivel emocional emergen sentimientos como tristeza, extrañeza o, con el tiempo, aceptación. En conjunto, estos niveles evidencian que la imagen corporal después de una mastectomía es un proceso dinámico de adaptación y resignificación que resulta central para entender la vivencia subjetiva del cáncer de mama.

Particularmente, en el nivel perceptual la experiencia inicial de las participantes se caracteriza por una sensación de extrañeza, desagrado o desconexión con su cuerpo post-mastectomía, al enfrentarse a la pérdida del seno, las cicatrices y los cambios en la piel, sienten que

"le falta algo" o que sus cuerpos son "feos". Este impacto perceptual negativo coincide con la literatura que destaca el seno como símbolo de la identidad femenina, donde la mastectomía genera una insatisfacción y una sensación de mutilación que deteriora la imagen corporal, según lo reportado por Afshar-Bakshloo et al. (2023), Santos et al. (2021) y Guevara et al. (2024), y que Nowicki et al. (2022) identifican como el procedimiento quirúrgico con mayor impacto negativo en la percepción corporal. Sin embargo, los resultados también revelan un proceso de evolución hacia el reconocimiento y la aceptación tranquila, donde algunas participantes logran ver sus marcas no como una fuente de amargura, sino como una realidad que se acepta.

Esta transición se alinea con la perspectiva de Tyner et al. (2023), quienes observaron que algunas mujeres resignifican el cierre plano o las cicatrices como símbolos de triunfo o autonomía, sugiriendo que la identidad no se define exclusivamente por lo físico (Escalante et al., 2020). El rechazo inicial posiblemente surge porque el cambio corporal rompe de forma abrupta la imagen interna que tenían de sí mismas, especialmente en una ciudad como Cali, donde el cuerpo femenino está fuertemente ligado a ideales de belleza, sensualidad y exposición. Con el tiempo, a medida que el esquema corporal se ajusta y esas expectativas externas pierden peso, las mujeres logran integrar la cicatriz en una nueva percepción de sí mismas, facilitando una aceptación.

En cuanto al nivel cognitivo, los relatos de las participantes muestran que no todas viven los cambios corporales de la misma manera: algunas han alcanzado una aceptación consciente de su nueva imagen, logrando reconciliarse con su cuerpo, mientras que para otras la transformación sigue siendo difícil, marcada por una mirada crítica y dolorosa ante la ausencia del seno y las modificaciones en su figura. En consonancia con estos hallazgos, Nowicki et al. (2022) encontraron que las mujeres sometidas a mastectomía suelen experimentar insatisfacción con su imagen corporal, especialmente cuando las cicatrices o la asimetría les recuerdan constantemente la pérdida. En contraste, Tyner et al. (2023) evidenciaron que algunas mujeres interpretan sus

cicatrices y el cierre plano como símbolos de fortaleza y autonomía, desarrollando una percepción más positiva de su cuerpo tras la cirugía. Una posible explicación es que la manera en que cada mujer procesa estos cambios depende de factores como la preparación emocional, el apoyo recibido y el significado personal atribuido a la mastectomía. Estos elementos pueden ayudar a que algunas resignifiquen lo que piensan sobre su propio cuerpo y otorguen a su cicatriz un sentido distinto, mientras que para otras el proceso continúa generando incomodidad y malestar.

Por último, respecto al nivel emocional, los relatos muestran que la apariencia corporal después de la mastectomía no genera una única respuesta, sino un proceso emocional complejo, marcado inicialmente por shock, tristeza, miedo o sensación de extrañeza frente al propio cuerpo. Este malestar inicial no solo proviene del cambio físico, sino de lo que ese cambio significa para cada mujer: la pérdida de un símbolo de feminidad, la evidencia visible de la enfermedad o una ruptura con la imagen previa de sí mismas. Con el tiempo, algunas mujeres logran transformar estas emociones en aceptación, especialmente cuando pueden reinterpretar su cuerpo desde la supervivencia, la salud o la resiliencia. Esta resignificación emocional coincide con lo planteado por Santos et al. (2021), quienes señalan que la aceptación surge cuando las mujeres reconstruyen activamente el sentido de su propia imagen corporal. Sin embargo, los hallazgos también muestran que este tránsito no es lineal ni universal: otras participantes permanecen en emociones de rechazo o sensación de “deformidad”, lo que está en consonancia con Guevara et al. (2024), quienes reportan que un alto porcentaje continúa experimentando malestar persistente.

En conjunto, estos resultados permiten comprender que lo emocional no depende solo del cambio físico, sino de cómo cada mujer interpreta ese cambio, del apoyo recibido, de su historia personal con su cuerpo y de los significados culturales asociados al seno. Así, las emociones posteriores a la mastectomía se configuran como un proceso dinámico donde coexisten duelo,

adaptación y, en algunos casos, reconciliación con la propia imagen.

Una posible explicación de estas diferencias es que la experiencia del cáncer lleva a algunas mujeres a reinterpretar su cuerpo desde un lugar más profundo y significativo, permitiéndoles transformar la cicatriz en un símbolo de supervivencia, fortaleza y continuidad de vida. En estos casos, el cuerpo deja de ser visto únicamente por su apariencia y se convierte en un recordatorio de resistencia, lo que facilita construir una relación más consciente, agradecida y reconciliada con su propia imagen.

Los relatos de las participantes muestran que la feminidad después de la mastectomía no se limita a la apariencia física, sino que se reconstruye simbólicamente: la pérdida del seno lleva a muchas a replantearse lo que significa ser mujer, priorizando la fortaleza interior, la autenticidad y su valor más allá de los estándares estéticos. Estos hallazgos se relacionan con el estudio de Monteiro da Conceição et al. (2023), quienes identificaron que las sobrevivientes de cáncer reafirman su feminidad a través de tres dimensiones: en su piel, en la mirada de otros y en su “ser femenina ahora”, construyendo una nueva identidad basada en su experiencia con la enfermedad. Por otro lado, Sukartini y Permata Sari (2021) encontraron que muchas mujeres, tras la mastectomía, todavía sienten que han perdido parte de su feminidad física; en su estudio cualitativo, las participantes manifestaron que el seno simbolizaba su estatus femenino, su atractivo y su autoimagen, y que su ausencia les generó una sensación de “mitad” o de identidad fragmentada.

Una posible explicación de estas diferencias es que la experiencia del cáncer impulsa a algunas mujeres a reconstruir su feminidad desde un sentido más profundo y personal. Para ellas, la pérdida del seno no define su identidad, porque sentirse femeninas surge de una conexión interna consigo mismas y no únicamente de la apariencia física. Esta reinterpretación implica reconocer nuevas maneras de habitar su identidad, menos condicionadas por los mandatos sociales y más

alineadas con su experiencia vital. Desde este lugar, la feminidad se transforma en una expresión auténtica de fortaleza, continuidad y sentido propio.

En conclusión, los hallazgos muestran que la autoestima, la imagen corporal y la vivencia de la feminidad en las mujeres mastectomizadas de Cali se vieron afectadas de forma significativa después de la cirugía, pero no de la misma manera ni por las mismas razones. La imagen corporal fue la primera dimensión impactada, debido a la confrontación directa con los cambios físicos, como la cicatriz, la pérdida del seno y otros efectos derivados de los tratamientos oncológicos. Estos cambios, al alterar la forma en que las mujeres percibían su propio cuerpo, influyeron posteriormente en su autoestima, especialmente en aquellas para quienes el aspecto físico estaba profundamente ligado a su sentido de valía personal.

No obstante, las participantes lograron resignificar la cicatriz entendida como la pérdida del seno y transformar su significado hacia un plano que trasciende lo físico. A pesar de los cambios corporales, las mujeres no se sintieron menos femeninas, pues para ellas la feminidad no estaba limitada al cuerpo ni a la presencia de los senos, sino que se vinculaba con su historia de vida, su fortaleza y su capacidad de resiliencia. Este proceso de reinterpretación impactó de manera positiva su autoestima y les permitió reconocerse como mujeres fuertes, resilientes y dignas de admiración.

En cuanto a los alcances, este estudio permitió comprender en profundidad las experiencias subjetivas de mujeres mastectomizadas en la ciudad de Cali, aportando una mirada cualitativa que trasciende los indicadores médicos y amplía la comprensión de los efectos del cáncer de mama, pero particularmente de la mastectomía en la autoestima, la imagen corporal y la vivencia de la feminidad. El diseño fenomenológico-hermenéutico permitió recuperar las voces de las participantes y reconocer la manera en que reinterpretan su cuerpo, su identidad y sus relaciones tras la cirugía. Además, esta investigación visibiliza procesos de resignificación emocional,

mostrando cómo la cicatriz y la pérdida del seno pueden transformarse en símbolos de fortaleza, autonomía y supervivencia. Este aporte enriquece la literatura existente al resaltar que, para muchas mujeres, la feminidad no depende exclusivamente del cuerpo o de los senos, sino de experiencias internas como la resiliencia, la espiritualidad, la fortaleza emocional y el apoyo relacional.

El estudio también ofrece insumos para la práctica clínica teniendo en cuenta todo el equipo profesional ya sea médico, psicólogo u otro profesional de la salud que este inmerso en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, al identificar elementos clave en la vivencia de la mastectomía como el acompañamiento familiar, la relación de pareja, los significados atribuidos al cuerpo y la adaptación emocional que pueden guiar intervenciones psicológicas más sensibles y contextualizadas. De igual manera, aporta a la comprensión del fenómeno en un contexto local como el de Cali, donde las dinámicas culturales en torno a la feminidad y el cuerpo influyen en la experiencia de las mujeres.

Finalmente, los hallazgos permiten fortalecer el diseño de programas psicosociales, para generar conciencia social sobre los efectos emocionales del cáncer de mama y promover acciones que favorezcan el acompañamiento integral, la aceptación corporal y la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas. Estos programas podrían dirigirse a pacientes en proceso de tratamiento y recuperación, a sus familias, parejas y cuidadores, así como a profesionales de la salud involucrados en su atención.

Para futuras investigaciones con mujeres mastectomizadas, es recomendable que estos procesos se desarrollen desde un enfoque respetuoso y cuidadoso, priorizando siempre el bienestar y la seguridad emocional de las participantes. Resulta fundamental que quienes conduzcan la investigación cuenten con formación en abordajes sensibles y sepan reconocer los límites personales de cada mujer, evitando preguntas o dinámicas que puedan generar malestar emocional innecesario. Asimismo, las entrevistas deben realizarse en espacios privados y tranquilos, donde

las participantes se sientan seguras para compartir su experiencia. También se recomienda investigar la experiencia de mujeres más jóvenes, de diferentes estratos socioeconómicos o con diagnósticos más recientes, para comprender cómo varían los procesos de adaptación y resignificación del cuerpo.

Como recomendaciones para las instituciones que atienden a las mujeres con cáncer, se resalta la necesidad de garantizar acompañamiento psicosocial durante todo el proceso de diagnóstico, tratamiento, cirugía y recuperación, promoviendo la creación de grupos de apoyo y redes comunitarias donde las pacientes puedan compartir experiencias, disminuir el aislamiento y fortalecer la resiliencia a través del acompañamiento entre pares. Asimismo, resulta fundamental ofrecer orientación especializada en temas de imagen corporal, autoestima y sexualidad, especialmente después de cirugías como mastectomías, reconstrucciones o tratamientos que impactan la feminidad percibida. Finalmente, se recomienda involucrar activamente a las familias o cuidadores principales, brindándoles herramientas para el acompañamiento emocional y estrategias que contribuyan a reducir la sobrecarga del cuidado y facilitar un entorno de apoyo integral.

Referencias

- Afshar-Bakshloo, M., Albers, S., Richter, C. et al. How breast cancer therapies impact body image – real-world data from a prospective cohort study collecting patient-reported outcomes. *BMC Cancer* 23, 705 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11172-y>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2022, 9 de febrero). *Cáncer de cuello uterino y mama registró incremento de casos durante 2021*. Secretaría de Salud Pública Distrital. <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/166991/cancer-de-cuello-uterino-y-mama-registro-incremento-de-casos-durante-2021/>
- Alcántara, J.A. (1993). *Cómo educar la autoestima*. Barcelona: CEAC.
- American Cancer Society. (2023). *¿Qué es el cáncer?* American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/cancer/entendimiento-del-cancer/que-es-el-cancer-cen%20como%20deber%C3%ADa%20suceder>
- Bareño, M. P. Á., Granados, C. T. B., Buitrago, V. Á., Torres, Y. V. B., Valbuena, J. D. B., Reyes, H. S. Á., Moreno, C. M. C., Ariza, S. P. S., & De La Hoz, J. A. (2024). Imagen corporal, cáncer de mama y su relación con la calidad de vida de las pacientes oncológicas: una revisión sistemática. *Revista Med*, 31(2), 47–62. <https://doi.org/10.18359/rmed.6561>
- Bordo, S. (1993). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. University of California Press.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género. El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Cash, T. F., Pruzinsky, T., Grazer, F. M., & Sorensen, C. L. (1991). *Body images: Development, deviance, and change. Plastic and Reconstructive Surgery*, 88(2), 367. https://journals.lww.com/plasreconsurg/citation/1991/08000/body_images__development,_deviance,_and_change.41.aspx
- Cuenta de Alto Costo. (2023). *Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de salud en las personas con enfermedades de alto costo 2023*. https://cuentadealtocosto.org/categoria_publicaciones/cuenta-de-alto-costo/
- Crocker, J. & Wolfe, C. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108(3),

593.

- Duque, H., & Granados, E. T. A. D. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo: Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, *15*(25), 1-24.
- Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, *17*(3), 340–345. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.09.002>
- Fuster, D. (2019). *Vista de Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico*, *7*(1), 201-229. <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/267/615>
- García, A. Z., Márquez, I. L., & Bozal, R. G. (2023). Resiliencia e inteligencia emocional: influencia en la autoestima en un grupo de mujeres con cáncer de mama. *Know and Share Psychology*, *4*(3), 138–150. <https://doi.org/10.25115/kasp.v4i3.9586>.
- Gershfeld-Litvin, A. (2021). Women's experiences following mastectomy: Loss, grief, and meaning-reconstruction. *Illness, Crises, and Loss*, *29*(3), 187–204. <https://doi.org/10.1177/1054137318799046>
- Guevara Suárez, G. A., Guamaní Vargas, S. P., & Gómez Rodríguez, F. D. (2024). *Impacto en la calidad de vida y autoestima en pacientes mastectomizadas*. *Revista Ecuatoriana de Ciencias de la Salud Alianza del Sur*, *1*(1), 46–63. <https://doi.org/10.69583/recsas.v1n1.2024.131>
- Hernández, Y. (2006). *Acerca del género como categoría analítica*. <https://www.redalyc.org/pdf/181/18153296009.pdf>
- Husserl, E. (1998). *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2023). *Infografía: Día mundial contra el cáncer de mama 2023*. https://www.cancer.gov.co/recursos_user/Vacaciones/INFOGRAFIA_DIA_CANCER_DE_MAMA_2023.pdf
- Lagarde, M. (1996). *El género La perspectiva de género* (pp. 13–38). https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEsc

[olar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf](#)

Lamas, M. (s.f). *El género es cultura*.
https://www.paginaspersonales.unam.mx/files/981/El_genero_es_cultura_Martha_Lamas.pdf

Martins Faria, B., Martins Rodrigues, I., Verri Marquez, L., da Silva Pires, U., & Vilges de Oliveira, S. (2021). The impact of mastectomy on body image and sexuality in women with breast cancer: a systematic review. *Psicooncología*, 18(1), 106-108.

Martínez, O. (2010). *La Autoestima*. Recuperado de:
<https://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/11/la-autoestima.pdf>

Monteiro da Conceição, V., Gonçalves Ferreira, A. C., Soares Rodrigues Silva, L., Isidoro, G. M., Schneiders, M., Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt, J., & Mesquita Garcia, A. C. (2023). The (re)construction of female identity among women cancer survivors: A qualitative study. *Latin American Journal of Palliative Care*, 2, eLAPC20230044. <https://doi.org/10.59679/lapc20230044>

Morales-Sánchez, L., Luque-Ribelles, V., Gil-Olarte, P., Ruiz-Gonzalez, P., & Guil, R. (2021). Enhancing self-esteem and body image of breast cancer women through interventions: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1640.

Oblitas, L. A. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 219-254. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v26n2/v26n2a02.pdf>

Organización Mundial de la Salud.
 (2024). *Cáncer de mama*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Redacción El País. (2023, 20 de octubre). *Cáncer de mama: Cali y el Valle suman más de 760 casos en lo corrido del 2023*. El País. <https://www.elpais.com.co/cali/cancer-de-mama-cali-y-el-valle-suman-mas-de-760-casos-en-lo-corrido-del-2023-1944.html>

Retamal, M. I., Tapia, M. V., Sepúlveda, E., & de la Horra, M. (2020). Autoestima y bienestar subjetivo en mujeres con cáncer de mama temprano en quimioterapia. *Bol. Hosp. Viña del Mar*, 76(2), 67-71.

Sukartini, T., y Permata Sari, Y. I. (2021). Women with breast cancer living with one breast

- after a mastectomy. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(2), 366–375. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2021.12.0012>
- Tripathi, L., Datta, S. S., Agrawal, S. K., Chatterjee, S., & Ahmed, R. (2017). Stigma perceived by women following surgery for breast cancer. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 38(2), 146–152. https://doi.org/10.4103/ijmpo.ijmpo_74_16
- Tsarafi, S. (2014). *Existencial Meanings of Women with Breast Cancer: A Thematic Analysis*. https://ujcontent.uj.ac.za/view/pdfCoverPage?download=true&filePid=135458950007691&instCode=27UOJ_INST
- Pintado-Cucarella, S., & Chiba-Giannini, M. (2016). Alteraciones de la autoestima y la imagen corporal y síntomas de depresión y ansiedad en una muestra de pacientes mexicanas con cáncer de mama. *Salud Pública de México*, 58, 400-401.
- Phoosuwan, N., & Lundberg, P. C. (2023). Life satisfaction, body image and associated factors among women with breast cancer after mastectomy. *Psycho-Oncology*, 32(4), 610-618.
- Raich, R. M. (2014). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Rojas-Gutierrez, W. J. (2023). La fenomenología hermenéutica en la investigación cualitativa. *Studium Veritatis*, 21(27), 327-363.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Secretaría de Salud Pública Distrital. (2022). *Salud pública conmemora el día mundial contra el cáncer*. Alcaldía de Santiago de Cali. [https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/174078/salud-publica-conmemora-el-dia-mundial-contra-el-cancer/#:~:text=Durante%202021%2C%20en%20Cali%20la,nacional%20\(17%2C2\)](https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/174078/salud-publica-conmemora-el-dia-mundial-contra-el-cancer/#:~:text=Durante%202021%2C%20en%20Cali%20la,nacional%20(17%2C2))
- Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. (2016). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource* (4th ed.). John Wiley & Sons
- Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres. *Quaderns De Psicologia*, 12(2), 161–174.

Valencia, C. (23 de mayo de 2007). *Abraham Maslow*.
<http://www.laautoestima.com/abraham-maslow.htm>

Vargas, S. E. C. (2022). Reflexión sobre cáncer de mama y autoestima. *Meridiano-Revista Colombiana de Salud Mental*, 1(1), 52-56.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-07052012000100002&script=sci_arttext

Wolf, N. (1991). *The Beauty Myth: How Images of Beauty Are Used Against Women*. HarperCollins.

Anexos

Anexo A. Entrevista semiestructurada

Preguntas sociodemográficas

1. ¿Cómo te llamas?
2. ¿Cuántos años tienes?
3. ¿Cuál es tu profesión?
4. ¿Hace cuánto tiempo fuiste diagnosticada con cáncer de mama?
5. ¿Cuál fue el tratamiento que recibiste?
6. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que te hiciste la mastectomía?
7. ¿Qué tipo de mastectomía tienes?
8. ¿Por qué no te realizaste una reconstrucción mamaria?
9. ¿Con quién vives? (pareja, hijos, familia)
10. ¿Podrías contarme con tus propias palabras cómo fue todo el proceso desde que supiste que necesitabas la mastectomía como parte de tu proceso contra el cáncer?
11. ¿Qué sabías en ese momento sobre la mastectomía?
12. ¿Recibiste apoyo psicológico durante esta etapa?
13. ¿Recuerdas algún momento especialmente difícil o importante en esa etapa?

Amor y apoyo familiar

14. ¿Cómo te sientes con tu familia en este proceso de la post mastectomía?
15. ¿Cómo te sientes con tu pareja en este proceso de post mastectomía?
16. ¿Cómo ha sido la actitud de tu pareja en este proceso de post mastectomía?
17. ¿Cómo te afecta la actitud de tu pareja?

18. ¿Cómo describirías la relación con tu pareja a partir de la mastectomía?

Apariencia física

19. ¿Qué cambios has experimentado sobre tu apariencia física a partir de la mastectomía?

Aprobación Social

20. ¿Cómo crees que la mastectomía ha influenciado en tus actividades sociales?

21. ¿Percibes cambios en las relaciones con las otras personas después de la mastectomía?

¿Cuáles? ¿Cómo?

Perceptual

22. ¿Cuándo te ves ahora al espejo qué ves?

23. ¿Ha habido algún cambio respecto a cómo te ves después de la mastectomía?

24. ¿Ha habido algún cambio respecto a tu percepción de la belleza y la feminidad después de la mastectomía?

Cognitivo

25. ¿Cuándo te ves al espejo qué piensas?

26. ¿Has cambiado alguna creencia o idea que tenías antes sobre cómo “debe” lucir el cuerpo femenino?

27. ¿Qué te dices a ti misma cuando visualizas tu mastectomía?

Emocional

28. ¿Cuándo te ves al espejo qué sientes?

29. ¿Han existido momentos o situaciones en los que te hayas sentido especialmente vulnerable respecto a tu apariencia?

30. ¿Han existido momentos o situaciones en los que te hayas sentido especialmente empoderada respecto a tu cuerpo?

31. ¿Cómo describirías la relación que tienes ahora con tu cuerpo?

32. ¿Qué aspectos de tu apariencia te generan mayor preocupación?
33. ¿Qué aspectos de tu apariencia te generan mayor satisfacción?
34. ¿Qué sentimientos le genera la cicatriz o la ausencia del seno?

Anexo B. Consentimiento Informado

Estimado(a) participante

Las estudiantes PAULA ANDREA HOLGUÍN ESTEBAN y LAURA NARANJO CRUZ de la carrera de Psicología, pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana Cali, bajo la dirección de la docente María Teresa Varela Arévalo, están llevando a cabo una investigación sobre la autoestima en mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas en la ciudad de Cali.

En ese sentido, se le invita a participar en un encuentro presencial en la universidad, donde se le realizará una entrevista semiestructurada respecto a las vivencias después de haberse realizado la mastectomía, con un tiempo estimado de una hora (1h). Si usted lo autoriza, este encuentro será grabado en audio con fines de recuperar y analizar la información con precisión. En caso de que usted no acepte ser grabado(a), se solicitará su autorización para tomar nota de sus respuestas a lo largo de la entrevista de modo que el posterior análisis de la información sea fiel a sus respuestas.

El beneficio que usted podrá obtener por su participación es aportar a la recolección de información nueva acerca de los factores psicológicos existentes respecto a esta cirugía. Por el contrario, su participación tiene el posible riesgo de que, durante el encuentro o después de este, se generen emociones de incomodidad, tristeza o malestar al abordar recuerdos personales o vivencias significativas. Por tanto, se le brindará acompañará a su institución de salud o a un consultorio psicológico para que pueda recibir el acompañamiento que requiera.

Antes de aceptar o rechazar su participación en la investigación, debe saber lo siguiente:

- La decisión de participar en la investigación es completamente PERSONAL, LIBRE y VOLUNTARIA.
- Sus datos personales y la información obtenida son completamente CONFIDENCIALES, por el contrario, se utilizará un PSEUDÓNIMO para identificarlo(a). De este modo, la información no se

revelará en la institución, usando nombres propios o datos sociodemográficos que puedan identificarle.

- En el transcurso del estudio usted podrá SOLICITAR información actualizada sobre el mismo.
- En el transcurso del estudio usted podrá RETIRARSE en cualquier momento, sin necesidad de informar sus razones.
- NO recibirá ningún beneficio económico por su participación.
- NO tendrá que realizar ningún gasto económico durante su participación.
- Autoriza el registro de audio y toma de fotografías al ejercicio con fines investigativos.
- Autoriza que la información suministrada pueda ser publicada en revistas científicas, asegurando la confidencialidad de su información personal.

La investigación se enmarca en los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 24, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la Ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 16 de la Resolución No. 008430 de 1993 que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede firmar el siguiente consentimiento informado:

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi participación en el ejercicio de investigación. En tal sentido, la firma del consentimiento informado implica mi autorización para tener un encuentro que aborde la calidad del sueño y sus determinantes sociales mediante una entrevista a profundidad.

Yo, _____, identificado(a) con CC _____

declaro que he sido informado(a) de los objetivos y fines del presente estudio a realizar por los

estudiantes PAULA ANDREA HOLGUÍN ESTEBAN y LAURA NARANJO CRUZ, de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Y obrando en forma AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, ACEPTO la participación en esta investigación. Se firma a los días ____ del mes _____ del año 20____.

¿Autoriza que este encuentro sea grabado en audio? Sí ____ No ____

En caso negativo, ¿autoriza que se tomen notas de este encuentro? Sí ____ No ____

FIRMA PARTICIPANTE

Nombre: _____

CC: _____

Teléfono: _____

Firma de la investigadora

Anexo C. Protocolo de atención en crisis

FECHA:	SEMESTRE ACADÉMICO: 2025-1
PROGRAMA ACADÉMICO: PSICOLOGÍA	
NOMBRE ASIGNATURA: TRABAJO DE GRADO I	
NOMBRE ESTUDIANTE: Laura Naranjo Cruz	CODIGO: 8967727
NOMBRE ESTUDIANTE: Paula Andrea Holguín Esteban	CODIGO: 00008961290
NOMBRE ESTUDIANTE:	CODIGO:

A continuación, se presenta un plan de apoyo para la intervención en crisis y remisión a soporte profesional, que debe ser desarrollado por los/as investigadores en caso de que alguno de los participantes del estudio, presente una crisis durante el desarrollo de: la aplicación de los cuestionarios, las entrevistas, grupos focales y requiera acompañamiento psicológico.

Se resalta que la estrategia a implementar contará con el apoyo de la red de servicios de cada una de las instituciones universitarias vinculadas o el servicio personal de cada participante; los/as investigadores actuarán, en caso de ser necesario, como un canal de orientación para el acceso a estos servicios.

Adicionalmente, se deja claro que el propósito de este protocolo de atención en crisis, es tener las instrucciones y ruta de apoyo, para remitir a el participante y que sea atendido en la red de IPS que atienden las EPS, en tal sentido, se informa los contactos de los consultorios Psicológicos gratuitos de la ciudad y la línea 106 para la atención en salud mental.

Contactos de Consultorios Psicológicos Estudiantiles en la ciudad

Nombre	Universidad	Teléfono	Dirección
Centro de Atención Psicológica	Universidad San Buenaventura	301 4414017	Carrera 8H No. 172-20
Consultorio Psicológico	Universidad Cooperativa de Colombia	6024864444 EXT 2616	Cra 73 No 2ª – 80

Contacto de Psicólogos accesibles para los participantes:

Nombre	Teléfono
Salud mental red de salud 24 horas, 7 días semana	318 335 5722
	Línea 106 Telefónica.

Plan de apoyo:

- Antes de iniciar la aplicación de las entrevistas, las investigadoras conocerán los consultorios psicológicos estudiantiles en la ciudad que atienden la población externa y la posibilidad que algunos de las participantes sean remitidos allí en caso de ser necesario. Lo anterior, tiene el propósito de anticipar alguna emergencia y estar preparado para ella.

- Durante el desarrollo de la recolección de la información, las investigadoras estarán atentas a las manifestaciones que puedan presentar las participantes y en caso de observar que la persona requiere alguna atención profesional, seguirá los siguientes pasos:
 1. Apagar la grabación de audio o suspender la aplicación de la entrevista
 2. Determinar la necesidad prioritaria de la participante (observando los signos físicos y psicológicos que requieran atención).
 3. Realizar una contención emocional, teniendo en cuenta la necesidad evidenciada (tomar agua, respirar, preguntas de contención).
 4. Comunicarse con la directora del trabajo de grado para analizar el caso y determinar si la participante requiere o no acompañamiento psicológico y si puede o no continuar con el desarrollo de las entrevistas.
 5. En caso de requerir acompañamiento psicológico, se remitirá a la participante a su IPS respectiva, o a un consultorio psicológico estudiantil en caso de ser necesario.
 6. Se realizará un seguimiento personal o telefónico del proceso.
 7. En caso de que la participante manifieste su disposición a continuar en el estudio, y de que el equipo de investigadoras lo considere pertinente, se convendrá una nueva cita para reanudar el proceso de recolección de información. De lo contrario, la participante puede abandonar el proceso sin que por esto sea expuesta a ninguna repercusión.

FIRMA ESTUDIANTE:	
FIRMA ESTUDIANTE:	
FIRMA DIRECTORA O DIRECTOR:	

ENTREGAR ESTE DOCUMENTO EN FORMATO DE ARCHIVO PDF

Enviar a tg.psicologia@javerianacali.edu.co