



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC

**“CÁNCER DE MAMA Y SU IMPACTO EN LA IMAGEN CORPORAL:
REVISIÓN SISTEMÁTICA”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

KARINA MAQUEDA PÉREZ

ASESORA:

DRA. MARIA DEL CONSUELO ESCOTO PONCE DE LEÓN

REVISORES:

DRA. BRENDA SARAHI CERVANTES LUNA

LIC. MARICRUZ LARIOS LÓPEZ

**Ecatepec de Morelos, Estado de México
Agosto, 2018.**





CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El (la) que suscribe **C. KARINA MAQUEDA PÉREZ** autor del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de **TESIS** con el título **“CÁNCER DE MAMA Y SU IMPACTO EN LA IMAGEN CORPORAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA”** por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en el Centro Universitario UAEM Ecatepec para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.**


Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

- a) Texto completo
- b) Por capítulo
- c) Solamente portada y tabla de contenido

Se firma presente en la ciudad de Ecatepec de Morelos, Estado de México, a los 09 días del mes de Julio de 2018.



KARINA MAQUEDA PÉREZ



Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Ecatepec

Ecatepec de Morelos, Edo. De Méx., a 09 de mayo de 2018

ASUNTO: VOTO APROBATORIO DE ASESOR.

L. en I.A. ADRIANA MORALES LICONA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN DEL
CENTRO UNIVERSITARIO U.A.E.M. ECATEPEC
P R E S E N T E

Por este conducto me permito informarle que la pasante **C. KARINA MAQUEDA PÉREZ** con el número de cuenta **1226653**, de la **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**, ha concluido el desarrollo de su **TESIS**, con el título:

“CÁNCER DE MAMA Y SU IMPACTO EN LA IMAGEN CORPORAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA”

Manifiesto que el borrador del trabajo escrito reúne las características necesarias para ser revisado por la Comisión especial nombrada para tal efecto.

ASESOR: DRA. MARÍA DEL CONSUELO ESCOTO PONCE DE LEÓN
NO. DE CÉDULA PROFESIONAL: 5806602

"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"



Av. José Revueltas no. 17 Col. Tierra Blanca, Ecatepec, Estado de México
C.P. 55020 Tels. 57.87.36.26 Fax: 57.87.35.10
www.uaemex.mx/CUEcatepec

CUE



Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Ecatepec

Ecatepec de Morelos, Estado de México a 09 de julio de 2018
ASUNTO: VOTO APROBATORIO DE REVISORES

L. EN I.A. ADRIANA MORALES LICONA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE TITULACION DEL
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC
PRESENTE

Nos es grato comunicarle que el trabajo de **TESIS** titulado:

“CÁNCER DE MAMA Y SU IMPACTO EN LA IMAGEN CORPORAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA”

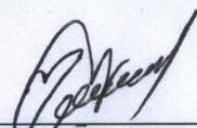
Que para obtener el título de: **LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

Presenta la pasante: **KARINA MAQUEDA PÉREZ**

Con números de cuenta: **122653**

Cumplen con los requisitos teóricos-metodológicos suficientes para ser aprobada, pudiendo continuar con los trámites correspondientes para su impresión.
REVISORES


DRA. BRENDA SARAHÍ CERVANTES LUNA
CÉDULA PROFESIONAL: 9289347


LIC. MARICRUZ LARIOS LOPEZ
CÉDULA PROFESIONAL: 9977670



ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"





Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Ecatepec

Ecatepec de Morelos, Estado de México a 9 de julio de 2018
ASUNTO: IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

C. KARINA MAQUEDA PÉREZ
PASANTE DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC
PRESENTE

Por este medio le comunico a usted que al haber cubierto los trámites correspondientes al desarrollo del trabajo escrito bajo la modalidad **TESIS** con el fin de obtener el Título Profesional, se le aprueba la **IMPRESIÓN DE SU TRABAJO** con el título:

"CÁNCER DE MAMA Y SU IMPACTO EN LA IMAGEN CORPORAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA"

Con el objetivo de establecer la fecha de Evaluación Profesional, le recuerdo que la presentación final del trabajo escrito es de su completa responsabilidad.



Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"

L. en I.A. **ADRIANA MORALES LICONA**
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN DEL
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC



CENTRO UNIVERSITARIO U.A.E.M.
ECATEPEC
TITULACION



Av. José Revueltas no. 17 Col. Tierra Blanca, Ecatepec, Estado de México
C.P. 55020 Tels. 57.87.36.26 Fax: 57.87.35.10
www.uaemex.mx/CUEcatepec

CUE

Agradecimientos

La finalización de este trabajo, caracterizado por ser una aventura llena de momentos agradables y también de dificultades deja en mí no únicamente innumerables conocimientos sobre mi carrera de formación, sino también la oportunidad de desarrollar un camino de autodescubrimiento, donde visualizo que nada de esto sería posible sin la participación de personas que apoyaron y fueron parte del camino para llegar a esta meta. Debido a esto es para mí un placer poder emplear este espacio para expresar mi gratitud hacia ellos.

Debo agradecer de manera especial y sincera a la Dra. María del Consuelo Escoto Ponce de León por el apoyo brindado durante los últimos años, así como por la confianza y la paciencia que caracterizó su enseñanza. En definitiva, sin ella no hubiera sido posible la finalización de este proyecto. Siempre estaré agradecida con ella por impulsarme en el maravilloso camino que es la investigación, por exigirme y retarme a mí misma, y por no desistir en el camino. También agradezco a la Universidad Autónoma del Estado de México, en especial a mi Centro Universitario, por convertirse en un hogar y brindarme una formación integral e inigualable, además de darme la permitirme conocer personas dignas de admiración, cariño y respeto, especialmente mis profesores, con quienes estaré eternamente agradecida y me inspirarán siempre a prepararme cada día más.

A mis compañeros y amigos: Ismael, Karla, Jadira, Liz y Ana, por compartir tristezas, alegrías, y la pasión por aprender. Gracias por confiar y creer en mí, así como impulsarme a ser una mejor persona. Siempre me sentiré afortunada por el lazo que hay entre nosotros y por haber vivido experiencias inolvidables y sobre todo, regalarme las sonrisas más sinceras. Espero profundamente continuar forjando este vínculo con el paso de los años.

Quiero también extender un agradecimiento sincero y lleno de cariño para personas ahora presentes en mi vida, que impulsaron la finalización de esta meta y fueron mi apoyo ante las circunstancias que lo pudieron haber prolongado, especialmente Sam, siendo una parte fundamental para la culminación de este proyecto. Gracias por creer en mí, por el amor, el apoyo y la paciencia que me has brindado

Y por supuesto, el agradecimiento más profundo va dedicado a mi familia: a mis papás, Olivia, Francisco y a mi hermano Frankie, quienes fueron testigos del sinfín de emociones que pude experimentar durante cada día de estudio, cada periodo de evaluaciones, cada fracaso y cada logro. Y por supuesto, a Elena y Arturo aunque no se encuentren en este plano físico, pues fueron mi impulso y apoyo durante casi todos estos años y además, hicieron de mí la persona que soy. Gracias por ser mi ancla y no dejarme caer nunca, por el amor incondicional que me dan y darme la dicha de tener esta familia.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. Cáncer de mama	3
1.1. Etiología.....	3
1.2. Factores de riesgo.....	4
1.2.1. Factores personales.....	5
1.2.1.1. Antecedentes familiares.....	7
1.2.1.2. Antecedentes personales.....	7
1.2.1.3. Menstruación y menopausia.....	8
1.2.2. Factores relacionados con el estilo de vida.....	9
1.3. Epidemiología.....	10
1.4. Diagnóstico.....	12
1.5. Estadíos.....	14
1.6. Tratamientos.....	17
1.6.1. Tratamientos sistémicos.....	17
1.6.2. Tratamientos locales.....	18
Capítulo II. Imagen corporal	20
2.1 Componentes.....	21
2.2 Alteraciones.....	21
2.2.1 Alteraciones afectivas.....	22
2.2.2 Alteraciones cognitivas.....	22
2.2.3 Alteraciones perceptuales.....	23
2.2.4 Alteraciones conductuales.....	24

2.3 Variables que influyen en el cambio en la imagen corporal.....	24
2.3.1 Tipo de cambio físico experimentado, localización y grado de discapacidad.	24
2.3.2 Reacción del entorno y apoyo social percibido.....	25
2.3.3. Disponibilidad y acceso a los recursos necesarios.....	25
2.3.4. Valoración o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta.....	25
2.4 Evaluación de la imagen corporal.....	27
2.4.1 Evaluación perceptual.....	27
2.4.2 Evaluación cognitiva.....	29
2.4.3 Evaluación afectiva/emocional.....	32
2.4.4 Evaluación conductual.....	32
2.4.5 Instrumentos de evaluación de la IC.....	32
2.5 Tratamientos.....	36
2.5.1 Quirúrgicos.....	36
2.5.1.1 Cirugía plástica-reconstructiva.....	37
2.5.1.2 Cirugía plástica-estética.....	39
2.5.2 Psicológicos.....	43
2.6 Trastornos mentales y alteraciones psicológicas asociadas.....	47
2.6.1 Depresión.....	47
2.6.2 Ansiedad.....	48
2.6.3 Baja autoestima.....	48

2.6.4	Obesidad y sobrepeso.....	49
2.6.5	Trastornos de la conducta alimentaria.....	49
2.6.6	Trastorno obsesivo compulsivo.....	50
Capítulo III.	Método.....	51
3.1	Planteamiento del problema.....	51
3.2	Objetivo general.....	51
3.3	Objetivos específicos.....	51
3.4	Hipótesis.....	52
3.5	Variables.....	52
3.6	Método.....	53
3.7	Criterios de inclusión.....	53
Capítulo IV.	Resultados.....	56
4.1	Investigaciones transversales.....	56
4.1.1	País.....	56
4.1.2	Participantes.....	57
4.1.3	Edad de las participantes.....	57
4.1.4	Tamaño de las muestras.....	57
4.1.5	Diagnóstico de cáncer.....	58
4.1.6	Tratamiento para el cáncer.....	58
4.1.7	Instrumentos de evaluación de la imagen corporal.....	59
4.1.8	Principales hallazgos.....	60
4.2	Investigaciones longitudinales.....	60
4.2.1	País.....	60
4.2.2	Participantes.....	61

4.2.3 Edad de las participantes.....	61
4.2.4 Tamaño de las muestras.....	61
4.2.5 Diagnóstico de cáncer.....	61
4.2.6 Tratamiento para el cáncer.....	62
4.2.7 Instrumentos de evaluación de la imagen corporal.....	62
4.2.8 Principales hallazgos.....	62
Discusión y conclusiones.....	76
Referencias.....	79

Resumen

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina por el crecimiento desordenado e independiente de las células de la mama, que tienden a invadir los tejidos cercanos a ella y a los órganos distantes, provocando un proceso de metástasis en otras partes del cuerpo (Breast Cancer Organization, 2016; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015). El cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2016). En la actualidad, existen diferentes tratamientos para el cáncer de mama, los cuales se asocian con altos niveles de ansiedad, depresión, pobre autoconcepto y ajuste sexual, son muy pocas las investigaciones que se enfocan en los cambios que provoca la enfermedad y sus tratamientos en la imagen corporal. Por tanto, el propósito del presente estudio fue evaluar el impacto de la mastectomía en la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en la plataforma EBSCO, que incluye las siguientes bases de datos electrónicas: Academic Search Complete, Medic Latina y Academic Search Premier. Los términos de búsqueda utilizados fueron el prefijo mastectom* e imagen corporal, en español y en inglés. La búsqueda se limitó al título, las palabras clave y el resumen de artículos científicos, publicados desde enero de 1996 hasta mayo de 2015, sin restricción del tema. Para el análisis de la información, se incluyeron 30 artículos. En general, se identificó que las mujeres mastectomizadas (con o sin reconstrucción) tienen más insatisfacción corporal, en comparación con las mujeres sometidas a terapia de conservación del seno. Los resultados se discuten a la luz de futuras investigaciones.

Introducción

El cáncer de mama es una neoplasia maligna que afecta a una o a ambas mamas. En México, la mastectomía es el tratamiento para el cáncer de mama más utilizado, quizá debido a que se diagnostica en etapas avanzadas. Aunque muchos estudios han señalado que el cáncer y sus tratamientos se asocian con altos niveles de ansiedad, depresión, pobre autoconcepto y ajuste sexual, son muy pocas las investigaciones que se enfocan en los cambios que provoca la enfermedad y sus tratamientos en la imagen corporal. Por tanto, en el presente estudio comprende una revisión de la literatura para evaluar el impacto de la mastectomía en la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama.

De este modo, el capítulo 1 aborda el tema del Cáncer de mama: etiología, factores de riesgo, diagnóstico, estadios y tratamientos.

Posteriormente, capítulo II se desarrolla el tema sobre la imagen corporal: componentes, alteraciones, evaluación y tratamiento.

Asimismo, en el Capítulo III se desarrolla el método, por lo que se incluye en planteamiento del problema, los objetivos e hipótesis, así como el procedimiento seguir para la selección y el análisis de la información.

Finalmente, el análisis de dicha información se presenta en el capítulo IV y, además, se incluyen la discusión y las conclusiones.

Capítulo I

Cáncer de mama

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina por el crecimiento desordenado e independiente de las células de la mama, que tienden a invadir los tejidos cercanos a ella y a los órganos distantes, provocando un proceso de metástasis en otras partes del cuerpo (Breast Cancer Organization [BCO, por sus siglas en inglés], 2016; Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2015). Es el cáncer más común entre las mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016), sin embargo, uno de cada 10 hombres también lo puede padecer. Las células que normalmente forman un tumor, se pueden observar en radiografías y pueden palparse como uno más o bultos (Sociedad Americana del Cáncer [SAC, por sus siglas en inglés], 2017a).

1.1 Etiología

La mama se compone de glándulas (lobulillos) que pueden producir leche, así como de tubos delgados (conductos) que conducen la leche desde los lobulillos al pezón (Figura 1). El tejido de la mama también está compuesto de grasa y tejido conjuntivo, vasos sanguíneos y ganglios linfáticos (Instituto Nacional del Cáncer, 2016).

Las células que originan tumores surgen de células sanas que durante el proceso de división celular crecen en anarquía y originan la destrucción del ordenamiento celular. Su crecimiento es de forma completamente descontrolada, dividiéndose y reproduciéndose con gran rapidez. Las células cancerosas muestran núcleos de grandes dimensiones en cuanto al citoplasma, poseen pocas mitocondrias y gran cantidad de ribosomas libres, además son ricas en

ácidos nucleídos, agua y se encuentran en mitosis, dando lugar a tumores benignos, expansivos, malignos o infiltrantes. Las células tumorales invaden inicialmente los conductos mamarios y glandulares, después, comienza su crecimiento de manera descontrolada hasta llegar a la formación de tumores epiteliales malignos cuyo armazón fibroso se instala en los alveolos, formando un sistema cavernoso que contiene estas células libres, recibiendo este tipo de cáncer el nombre de carcinoma de mama, o mamario. En un tiempo determinado, las células cancerosas pueden atravesar la membrana basal e invadir el tejido mamario, destruyéndolo, también las vías linfáticas y vasos sanguíneos. A través de estas corrientes biológicas, pueden llegar a todo el cuerpo, invadiendo órganos lejanos, existiendo la posibilidad de reproducción de la neoplasia en cualquier nueva localización dentro del cuerpo (Eiermann y Böttger, 1999).

El cáncer de mama puede originarse en diferentes partes del seno. En su mayoría, esta neoplasia comienza en los conductos (cáncer ductal), mientras que algunos otros se originan en las glándulas productoras de leche (cáncer lobulillar) y un pequeño número de cánceres comienza en otros tejidos del seno (sarcomas y linfomas) que realmente no se consideran cánceres de seno. Asimismo, muchos tipos de cáncer de mama pueden causar una protuberancia en el seno, sin embargo, no todos lo hacen, pues muchos se detectan a través de mamogramas que permiten la identificación del cáncer en una etapa más temprana previo a que puedan palparse o presenten síntomas (SAC, 2017a).

1.2 Factores de riesgo

Se denomina *factor de riesgo*, a todo aquello que aumenta la probabilidad de padecer cualquier enfermedad, entre ellas el cáncer. Existen factores que no son modificables, tales como la raza o la edad de una persona, mientras que otros

están plenamente relacionados con el estilo de vida que se ve influenciado por el medio ambiente o por conductas personales, como el tabaquismo o la alimentación.

1.2.1 Factores personales.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2015) y la SAC (2015) señalan que hay muchos factores de riesgo para el cáncer de mama y que no pueden ser modificados, entre los que destacan: género, envejecimiento, genes hereditarios, entre otros.

Aun cuando los hombres pueden padecer cáncer de mama, la probabilidad es 100 veces mayor en las mujeres, siendo este hecho el principal riesgo para padecerla. Dicha aseveración se puede atribuir a la diferencia de cantidad, entre sexos, respecto al tejido mamario y hormonas como el estrógeno y la progesterona, las cuales pueden ayudar al crecimiento de células malignas en los senos.

Por otro lado, el riesgo de tener cáncer de mama aumenta con la edad. La detección de cáncer de mama se realiza en su mayoría en mujeres de entre 45 años y 55 de edad.

Aunado a lo anterior, entre 5% y 10% de los casos detectados son hereditarios, es decir, causados por defectos o mutaciones genéticas transmitidas por algunos de los padres. Existen cambios en los genes, los más comunes se presentan en el gen BRCA1. Cuando existe la mutación de estos genes, no cumplen su función habitual, que es la producción de proteínas que ayudan a evitar el crecimiento sin control de las células.

Aunque se presenten con menos frecuencia, existen mutaciones en otros genes a nivel hereditario que podrían conducir a cáncer de seno, asimismo, no suelen aumentar el riesgo de cáncer de seno en la misma proporción que los genes *BRCA*. En este sentido, el gen *ATN* produce una proteína que apoya a la reparación del ADN dañado; al heredar dos copias anormales (una por cada padre) causa la enfermedad ataxia-telangiectasia mientras que al heredar una copia de esta, existe una alta tasa de cáncer de seno.

Además, el gen *CHEK2* puede causar el síndrome de Li-Fraumeni, aumentando a su vez el riesgo de cáncer de seno. Otro gen involucrado en el cáncer de mama es el *TP53*, el cual produce una proteína (p53), la que normalmente ayuda a detener el crecimiento de células anormales, sin embargo, al hacer una mutación hereditaria en este gen, se produce el síndrome de Li-Fraumeni, aumentando el riesgo de padecer cáncer de seno, al igual que otras neoplasias, como tumores encefálicos, leucemia o sarcomas.

También la mutación en el gen *CDH1* puede provocar cáncer gástrico difuso hereditario, lo cual aumenta el riesgo de que las personas desarrollen cáncer de estómago a temprana edad. En las mujeres, también se ha observado un aumento en el riesgo de padecer cáncer de seno lobulillar invasivo.

Adicionalmente, cuando se presenta una mutación hereditaria en el gen *PTEN*, el cual aporta a la regulación del crecimiento celular, se produce el síndrome de Cowden, que trae consigo el aumento de padecer tumores malignos y benignos en el seno y en el tracto digestivo, la tiroides, los ovarios y el útero.

Aunado a lo anterior, al presentar defectos en el gen *STK11*, es posible la aparición del síndrome Peutz-Jeghers, donde se desarrolla un trastorno que causa pigmentaciones en labios, boca, además de pólipos en los tractos

gastrointestinales y urinarios, así como el aumento de riesgo respecto al cáncer de seno.

Finalmente, los defectos en el gen PALB2, aumentan la probabilidad de padecer cáncer de seno debido a que este gen interactúa con la proteína producida por el gen BRCA2. No se tiene claro aún si el riesgo aumenta también en cáncer de ovario o cáncer de mama en hombres.

1.2.1.1. Antecedentes familiares

Los antecedentes familiares son también factores de riesgo para padecer cáncer de mama. Las mujeres cuyos parientes consanguíneos cercanos (madre, hermana o hija) desarrollaron esta neoplasia tienen una probabilidad de casi el doble de padecerla. Asimismo, el riesgo aumenta tres veces cuando dos de estos familiares lo padecen y cuando el antecedente se da en el padre o hermano también se tiene el riesgo en aumento, no obstante, el 85% de las mujeres no tienen antecedentes.

1.2.1.2. Antecedentes personales

Los propios antecedentes personales, por ejemplo, haber tenido cáncer en un seno, aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama en el otro seno, o en otra parte del mismo, especialmente si fue diagnosticado a una edad más temprana.

Otro antecedente personal como la raza, también se asocia a mayor riesgo de cáncer de mama. Las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de presentar esta neoplasia, comparadas con las de raza negra. Asimismo, mujeres de origen asiático, hispanico o indio americano, tienen menor riesgo de padecer y de morir por cáncer de seno. También la cantidad de

tejido glandular y fibroso está asociado con el riesgo de cáncer, es decir, a menor tejido adiposo, se tiene de una a dos veces más riesgo de padecer cáncer de seno.

Aunado a lo anterior, un diagnóstico de afección benigna, también aumenta el riesgo de que se padezca cáncer de seno, algunos diagnósticos en mayor medida que otros. En general podemos clasificar las afecciones benignas en tres grupos: 1) lesiones no proliferativas (quistes simples o fibrosis, hiperplasia leve, necrosis adiposa, adenosis no esclerosante, etc); 2) lesiones proliferativas sin atipia (fibroadenomas, hiperplasia ductal usual sin atipia o la presencia de varios papilomas); y 3) lesiones proliferativas con atipia (hiperplasia lobulillar atípica y la hiperplasia ductal atípica). Al tener un antecedente familiar de cáncer de mama, además de un diagnóstico de hiperplasia o hiperplasia atípica, el riesgo de padecer cáncer de seno aumenta.

1.2.1.3. Menstruación y menopausia

Cuando la menstruación aparece a edad más temprana (antes de los 12 años), las mujeres tienen más ciclos menstruales y presentan un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama, probablemente debido a una exposición de estrógeno y progesterona prolongada. Por otro lado, al tener presencia de más ciclos menstruales debido a la experimentación tardía de la menopausia (después de los 55 años), el riesgo de padecer cáncer de mama aumenta, esto debido a la exposición prolongada de hormonas como la progesterona y el estrógeno durante la vida.

Otros factores personales que aumentan el riesgo de padecer cáncer son los tratamientos con radioterapia en el tórax para otro tipo de cáncer, durante la

niñez y la juventud. El riesgo es mayor si dicha radiación fue aplicada durante la adolescencia, pues los senos se encuentran en desarrollo durante esa etapa. La radioterapia administrada posterior a los 40 años aparentemente no aumenta este riesgo.

Finalmente, la exposición al dietilestilbestrol, un medicamento parecido al estrógeno, aplicado alrededor de los años 40 y 70, para disminuir la probabilidad de un aborto espontáneo, aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres que tuvieron la aplicación de este medicamento, al igual que en sus hijas.

1.2.2. Factores relacionados con el estilo de vida.

Es posible encontrar otros factores relacionados con el estilo de vida que aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama, entre los que destacan el consumo de alcohol, el sobrepeso u obesidad, la práctica de ejercicio, la edad de la menarca y de la menopausia y la lactancia, entre otros.

En este sentido, el consumo de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de padecer cáncer de seno y otros tipos de cáncer atribuyendo esto a la descomposición del etanol de dichas bebidas en acetaldehído, esta última siendo una sustancia química tóxica que puede dañar el ADN y las proteínas, asimismo, se considera este aumento de riesgo debido al deterioro de la capacidad del cuerpo para la disolución de nutrientes asociados con el riesgo de cáncer, como la vitamina A, C, D, E y carotenoides.

Otros factores que aumentan el riesgo de cáncer de mama son el sobrepeso u obesidad posteriores a la menopausia. Cuando los ovarios detienen la producción de estrógeno, este provendrá del tejido adiposo, en el cual si se tiene en exceso, aumenta la probabilidad de tener cáncer de mama. Asimismo,

los niveles de insulina en mujeres con sobrepeso son elevados, aspecto relacionado con algunos tipos de cáncer, entre ellos el de seno.

Hoy en día, existe mucha evidencia sobre la reducción del riesgo de cáncer de seno debido al incremento en la actividad física, teniendo como interrogante qué cantidad de ejercicio es necesaria para disminuir este riesgo. Algunos estudios han demostrado la reducción de hasta el 18% con la realización de caminatas ligeras de una a dos horas por semanas.

Por otro lado, el tener hijos después de los 30 años o no tener hijos, aumenta ligeramente el riesgo de padecer cáncer de seno. Por el contrario, tener embarazos a edad temprana o embarazos múltiples reducen este riesgo.

Adicionalmente, el uso de píldoras anticonceptivas, particularmente orales, ha demostrado un aumento de riesgo para el padecimiento de cáncer de seno, disminuyendo una vez que se dejan de consumir. El riesgo parece no tener aumento si se suspende su uso 10 años atrás.

En cuanto al uso de terapias hormonales después de la menopausia, con estrógenos, para contrarrestar sintomatología que aparece durante la menopausia y la prevención de osteoporosis, aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama.

Por el contrario, la lactancia puede disminuir levemente el riesgo de padecer cáncer de mama, atribuyendo esto a que este proceso reduce el número total de ciclos menstruales en la vida de la mujer.

1.3. Epidemiología

La incidencia del cáncer de mama está en aumento debido a factores como la mayor esperanza de vida, la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales. A nivel mundial, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres, representa 16% de todos los cánceres femeninos (OMS, 2015). Según

datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015), en México, la incidencia de tumor maligno de mama entre la población de 20 años y más es de 14.80 casos nuevos por cada 100 000 habitantes. Además, la prevalencia es mayor en los grupos de mujeres de 60 a 64 años de edad (68.05 por cada 100 000 mujeres dicho grupo de edad). En cuanto a la distribución geográfica, los estados de la república con mayor incidencia de cáncer de mama son Colima, Colima, Campeche y Aguascalientes con 101.08, 97.60 y 96.85 casos nuevos por cada 100 000 mujeres de 20 y más años, respectivamente.

Respecto a la mortalidad, en América Latina y el Caribe, 15% de las defunciones por cáncer se atribuyen al de mama (Organización Panamericana de la Salud, 2014). La mortalidad por cáncer de mama en México, de acuerdo a los datos que proporciona el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2015) de 1998 a 2016, se duplicó (Figura 2).

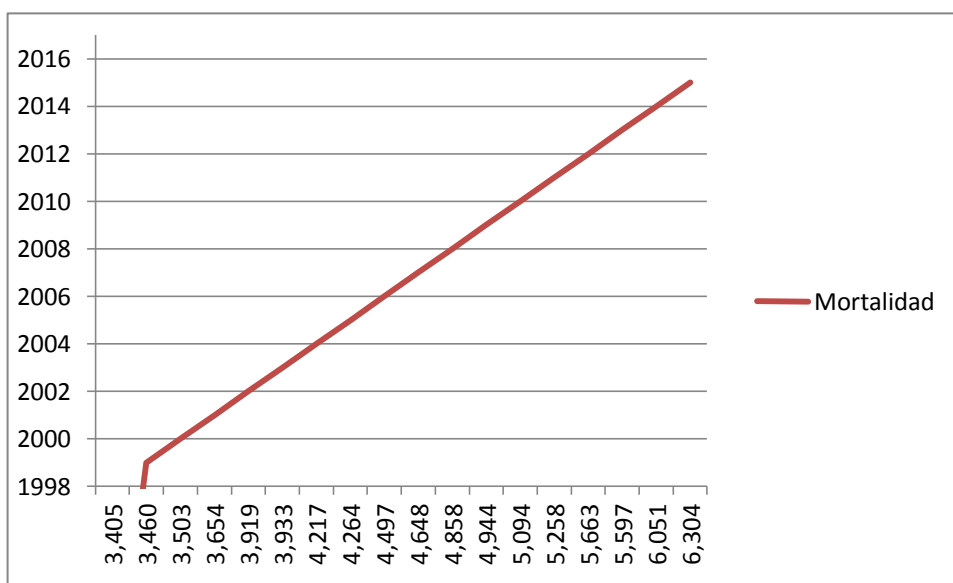


Figura 2. Mortalidad por cáncer de mama

Por grupo de edad, de las 6,304 defunciones por cáncer de mama que hubo en el año 2016, el 84% se presentaron en mujeres de 45 a 64 años o más (Figura 3). Es importante destacar que 40% de los casos se presentaron en mujeres de 35 a 45 años de edad.

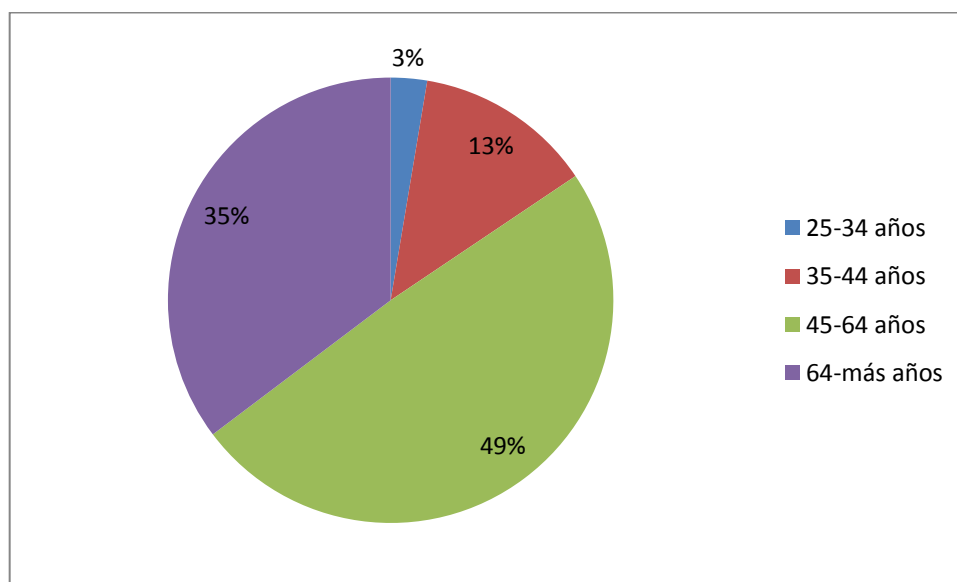


Figura 3. Mortalidad por grupo de edad

1.4. Diagnóstico

A nivel médico, se realizan diversas pruebas para la detección o diagnóstico del cáncer de mama, las cuales son utilizadas de acuerdo a factores como el tipo de cáncer que se sospecha, los signos y síntomas, la edad, la afección médica y los resultados de pruebas médicas anteriores. De acuerdo con la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés, 2017) y la SAC (2016c) es posible emplear distintas pruebas de laboratorio el diagnóstico de cáncer de mama, entre las que destacan los estudios de imagen, la mamografía, la ecografía, las imágenes por resonancia magnética y la biopsia. A continuación se describen brevemente:

Los estudios de imagen se realizan para mostrar pruebas del interior del cuerpo, en este caso de la mama. Por otro lado, un mamograma es una radiografía de baja dosis que permite identificar cambios en el tejido mamario. Es posible encontrar mamogramas de detección, los cuales se emplean para buscar cambios en los senos que aparentemente no tienen problemas. Por otro lado, existen mamogramas de diagnóstico, cuyo uso se basa en tener mayor información sobre los cambios en los senos de las mujeres si tienen síntomas o si se encontraron resultados sospechosos en un mamograma de detección.

En cuanto a la ecografía, esta es un procedimiento que emplea ondas de sonido para la creación de una imagen del tejido mamario, distinguiendo entre una masa sólida (que puede ser cáncer), y un quiste lleno de líquido, generalmente no canceroso. Para su realización, se aplica un gel en la piel del seno y se pasa por encima de esta, un instrumento llamado transductor, que muestra la estructura de tejido subyacente. Este instrumento emite ondas sonoras y detecta los ecos a medida que rebotan de los tejidos para convertirlos en una imagen en blanco y negro reflejada en un monitor. Este estudio no causa dolor ni emplea radiación, suele estar ampliamente disponible y sencillo de hacer, asimismo tiene un costo económico menor que otros métodos de diagnóstico.

En cuanto a la imagen por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), con esta técnica se utilizan campos magnéticos para producir imágenes detalladas del cuerpo desde muchos ángulos, creando imágenes de partes del tejido blando que a veces son difíciles de ver. Durante el procedimiento, se administra un medio de contraste que es aplicado en la vena de la paciente o de manera oral con una pastilla, previo a la exploración, para crear una imagen clara del posible cáncer.

Se puede realizar la MRI posterior al diagnóstico de cáncer, para identificar otros tumores en el seno o en el seno opuesto, así como para determinar cuánto ha crecido la enfermedad en toda la mama. Esta prueba es recomendable cuando existe alto riesgo de padecer cáncer de mama, en conjunto con un mamograma anual.

Finalmente, la biopsia consiste en la extirpación de una pequeña cantidad de tejido para su estudio a través de un microscopio, permitiendo formular un diagnóstico definitivo. Existen diferentes tipos de biopsias, que se pueden clasificar de acuerdo a la técnica y/o el tamaño que tenga la aguja que se utilice para obtener la muestra de tejido. Seleccionar qué tipo de biopsia será empleada dependerá de factores como el tamaño del tumor, su localización y qué tan sospechoso aparenta ser. Una vez tomada la muestra de tejido, esta será enviada a un laboratorio para su examinación por un patólogo, quien se especializa en la interpretación de análisis de laboratorio y la evaluación de células, tejidos y órganos para el diagnóstico de enfermedades.

1.5. Estadíos

La identificación del estadio o etapa en que se encuentra el cáncer de mama una vez diagnosticado, proporciona información sobre el pronóstico y la orientación del tratamiento. El uso de estudios de imagen, como se mencionó con anterioridad, es un complemento para la evaluación de las características del tumor, la presencia de ganglios y de metástasis (Arce et al., 2011). Determinar el estadio ayuda a describir dónde se encuentra la enfermedad, cuánto ha crecido, si se ha diseminado y a qué partes del cuerpo lo ha hecho. Por otro lado, conocer

el estadio además de determinar el tratamiento, puede ayudar a predecir el pronóstico o probabilidad de recuperación de la paciente.

Existen diferentes estadios donde puede localizarse el cáncer de mama, a continuación, se describen brevemente, de acuerdo a la clasificación de la ASCO (2017b) y a la SAC (2016):

- *Estadio 0.* En el estadio cero (0), la enfermedad que se limita a los conductos y lobulillos del tejido mamario y no se ha diseminado a otro tejido de la mama. También se puede denominar cáncer no invasivo (Tis, N0, M0).
- **Estadio IA:** En este estadio, el tumor es pequeño e invasivo, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos (T1, N0, M0).
- **Estadio IB:** En este estadio, el cáncer se ha diseminado únicamente a los ganglios linfáticos y mide entre 0.2 mm y 2 mm (T0 o T1, N1mic, M0).
- **Estadio IIA:** En este estadio se puede encontrar cualquiera de estas condiciones:
 - a) No hay evidencia de que exista un tumor en la mama, pero el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, aunque no a zonas distantes del cuerpo (T0, N1, M0).
 - b) El tumor mide 20 mm o menos y se diseminó a los ganglios linfáticos axilares (T1, N1, M0).
 - c) El tumor mide más de 20 mm pero menos de 50 mm, no se ha diseminó aún a los ganglios linfáticos axilares (T2, N0, M0).
- **Estadio IIB:** En este estadio se puede encontrar cualquiera de estas condiciones:

- a) El tumor mide más de 20 mm pero menos de 50 mm y se diseminó ya a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares (T2, N1, M0).
- b) El tumor mide más de 50 mm y no se ha diseminó aún a los ganglios linfáticos axilares (T3, N0, M0).
- Estadio IIIA: En este estadio se detecta que el cáncer de cualquier tamaño se diseminó a un número de 4 a 9 ganglios linfáticos axilares, pero no a otras partes del cuerpo (T0, T1, T2 o T3, N2, M0). El estadio IIIA también puede ser un tumor mayor que 50 mm que se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos (T3, N1, M0).
 - Estadio IIIB: En este estadio el tumor se ha diseminado a la pared torácica o ha causado hinchazón o ulceración de la mama; también se puede diagnosticar como cáncer inflamatorio de mama. Puede o no haberse diseminado a los ganglios linfáticos debajo del brazo, no obstante no se ha diseminado a otras partes del cuerpo (T4; N0, N1 o N2; M0).
 - Estadio IIIC: En este estadio el tumor de cualquier tamaño no se ha diseminado a partes distantes del cuerpo, sin embargo se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares o a los ganglios linfáticos del grupo N3 (cualquier T, N3, M0).
 - Estadio IV (metastásico): En este último estadio, el tumor puede tener cualquier tamaño y se ha diseminado a otros órganos, como pulmones, huesos, hígado, cerebro, ganglios linfáticos distantes o pared torácica (cualquier T, cualquier N, M1).
 - Cáncer recurrente: El cáncer recurrente es el cáncer que aparece nuevamente posterior al tratamiento de manera local, regional o distante. Si

el cáncer reincide se procede a la realización de pruebas nuevamente para obtener información del mismo.

1.6. Tratamientos

Los tratamientos para el cáncer tienen como finalidad curar o prolongar la vida de los pacientes y garantizar la mejor calidad de vida posible (OMS, 2016). La selección del tratamiento depende del tipo y extensión del cáncer, así como de la edad, el estado general de salud y las necesidades personales del paciente (SAC, 2015) así como la etapa de este, por ejemplo, los médicos que se ocupan del cáncer de mama en etapas tempranas tienen dos opciones para tratarlo localmente: cirugía y radioterapia (ACS, 2016a). En la actualidad, existen diferentes tratamientos para el cáncer de mama, los cuales dependen de su tipo y etapa. La SAC (2017b) los clasifica en tratamientos sistémicos (hormonales, quimioterapia y la terapia hormonal) y locales cirugía. A continuación, se describen brevemente.

1.6.1. Tratamientos sistémicos

Los tratamientos sistémicos son terapias que emplean medicamentos administrados por vía oral o en el torrente sanguíneo, con la finalidad de alcanzar las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo y existen diferentes tipos: quimioterapia, terapia hormonal y terapia dirigida.

La quimioterapia es el tratamiento con medicamentos administrados por vía intravenosa u oral, los cuales pasan a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas que pueden existir en las diferentes partes del cuerpo. Es posible su administración después de la cirugía (adyuvante) para reducir el riesgo

de que el cáncer aparezca de nuevo y antes de la cirugía (neoadyuvante), empleada para reducir el tamaño del tumor.

La terapia hormonal es un tratamiento que evita la adherencia de estrógenos a receptores en la sangre, por lo que tiene como objetivo llegar a las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo en mujeres con cáncer de seno con receptores hormonales positivos.

Por otro lado, la terapia dirigida implica la administración de medicamentos cuyo objetivo es bloquear el crecimiento y la propagación de las células cancerosas.

1.6.2. Tratamientos locales.

Los tratamientos locales que se aplican directamente al tumor, sin afectar al resto del cuerpo, son la cirugía y la radioterapia. La cirugía tiene el propósito de eliminar tantas células cancerígenas como sea posible. La cirugía puede realizarse por diversas razones, de acuerdo a la situación en la que se encuentre la paciente, teniendo el objetivo, como ya se mencionó, de eliminar tanto del cáncer como sea posible, investigar si la enfermedad se ha diseminado a ganglios linfáticos debajo del brazo, restaurar la forma del seno posterior a la extracción del cáncer y el alivio de síntomas de cáncer muy avanzado. Es posible identificar también dos tipos de cirugía para extraer el cáncer de mama: La cirugía con conservación del seno (también tumorectomía, cuadrantectomía o mastectomía parcial), donde se extirpa únicamente el área del seno que tiene cáncer y posiblemente tejido normal circundante. La cantidad extraída del seno dependerá de la localización y el tamaño del tumor. Por otro lado, existe la mastectomía, en la cual se extirpa totalmente el seno, incluido el tejido mamario y otros tejidos

cercanos. Existen también diferentes tipos de mastectomía, una de ellas donde las mujeres pueden extirpar ambos senos.

Aunado a esto, es posible también que después de una mastectomía o de una cirugía con conservación del seno, la mujer restaure la forma y apariencia del mismo posterior a la intervención quirúrgica, a esto se le conoce como reconstrucción del seno. Existen varios tipos de cirugía reconstructiva, pero estos dependerán de la situación médica y las preferencias personales de la paciente, pues puede decidir entre reconstruir el seno de manera simultánea a la mastectomía o cirugía con conservación (reconstrucción inmediata), o bien, en una fecha posterior (reconstrucción posterior).

Finalmente, la radioterapia es un tratamiento que usa partículas de alta energía para la eliminación de células cancerígenas. La necesidad de radiación dependerá de diferentes factores, como el tipo de cirugía realizada o la propagación a ganglios u otra parte del cuerpo. Existen dos tipos: externa (empleando una máquina fuera del cuerpo) e interna, (la fuente radioactiva se coloca dentro del cuerpo por un periodo corto). Cabe mencionar que estos tratamientos suelen emplearse con mayor eficacia para personas con cáncer en etapas menos avanzadas.

Capítulo II

Imagen corporal

A pesar de no hay consenso científico sobre la definición de imagen corporal, su evaluación o sobre sus alteraciones (Baile, 2003), es posible conceptualizar a la imagen corporal como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que tiene del mismo (Guimón, 1999). A partir de un carácter integrador, es posible definir a la imagen corporal como un constructo psicológico complejo y multifacético, que hace referencia a la representación mental que se genera a través de la autopercepción del cuerpo o de la apariencia. Dicha representación se compone de un esquema corporal perceptivo, las emociones, los pensamientos y las conductas en relación a este (Baile, 2003).

La imagen corporal tiene una determinación social, pues desde que se nace, existen influencias a nivel social que irán creando la autopercepción del cuerpo. Otra característica que tiene, es que no es fija o estática, más bien es dinámica y varía en función de las experiencias propias, las mismas influencias sociales, etc. que se experimenta durante la vida. Por otro lado, la imagen corporal influye en el comportamiento. La imagen corporal influye en el procesamiento de información y la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo (Raich, 2000).

La imagen corporal no es un aspecto fijo o estático y se va modificando a lo largo de la vida, influyendo en los sentimientos, pensamientos y conductas (Ramos, Pérez, Liberaly Latorre, 2003)

2.1 Componentes

La imagen corporal está compuesta de aspectos perceptivos, cognitivos-afectivos y conductuales (Cash y Pruzinsky, 1990; Ramos et al., 2003).

- Aspectos perceptivos: Los aspectos perceptivos hacen referencia a la precisión con la que percibimos el peso, el tamaño y la forma del cuerpo, sea de manera parcial o total. Es la interpretación de lo que observamos, una fotografía interna que el sujeto genera de su propio cuerpo, la cual puede estar sobre o subestimada.
- Aspectos cognitivos-afectivos incluyen sentimientos, actitudes, pensamientos, creencias y valoraciones respecto al propio cuerpo, su peso, su forma y su tamaño, de manera completa o partes de él; en este aspecto, también se incluyen a nivel emocional las experiencias con la figura propia y las experiencias de satisfacción, placer, disgusto, etc. En este sentido, incluye sentimientos (preocupación, angustia, ansiedad), cogniciones (pensamientos de satisfacción o insatisfacción) y valoraciones (expectativas sobre la imagen corporal ideal).
- Aspectos conductuales: Incluyen aquellos comportamientos que se generan a partir de la percepción y los sentimientos experimentados sobre el cuerpo, entre ellas la evitación, los rituales, la exhibición, entre otros. Este componente se genera a través de la percepción y los sentimientos experimentados, generando actuaciones en relación al cuerpo.

2.2 Alteraciones

La preocupación excesiva por la apariencia física tiene un origen multifactorial, donde influyen factores psicopatológicos, socioculturales y familiares. Las personas que experimentan malestar debido a su imagen corporal, tienen una

mala percepción de la misma, sienten pena, disgusto, enojo, ansiedad, etc., sobre la misma, y tratan de disimular o mejorar su defecto. Debido a lo anterior, la imagen corporal puede presentar alteraciones en sus diferentes componentes, es decir a nivel afectivo, a nivel perceptual y a nivel conductual (Ramos et al., 2003):

2.2.1. Alteraciones afectivas

Las alteraciones afectivas se refieren a la insatisfacción con el propio cuerpo, así como los sentimientos negativos hacia él; se comienzan a producir respuestas emocionales condicionadas respecto al cambio físico, entre ellas el displacer, la frustración, ansiedad y la hostilidad fantasma (Cash y Brown, 1987; Fernández, 2004).

2.2.2 Alteraciones cognitivas

Las alteraciones cognitivas se presentan a través de un autodiálogo interno caracterizado por ser peyorativo y crítico, enfocado en la pérdida y lo que conlleva. Asimismo, se dan cambios en el autoconcepto, dando un valor exclusivo a los parámetros físicos, dejando de lado otras características de su persona tales como la capacidad intelectual o laboral, las cualidades, habilidades, etc. A nivel cognitivo, también se detecta la sobrevaloración de la importancia estética negativa del defecto, representando totalmente la apariencia física (Cash y Brown, 1987; Fernández, 2004). De manera general, a nivel cognitivo se suelen encontrar creencias irracionales, autoverbalizaciones negativas, preocupación intensa, etc. (Salaberría, Rodríguez y Cruz, 2007).

Cash (1991) señala la existencia de esquemas cognitivos que caracterizan a las personas con altos niveles de insatisfacción personal en diálogos como *“la gente atractiva lo tiene todo”*, *“la apariencia física es signo de cómo soy*

interiormente”, “*si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor*”, “*el único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola*”, entre otros.

Por otro lado, las cogniciones acerca de la apariencia pueden ser parte de distorsiones o errores cognitivos, es decir, la manera en que se interpretan los acontecimientos. Esta interpretación, acompañada de sentimientos generados por la misma, se traduce posteriormente en determinados comportamientos (figura 5).

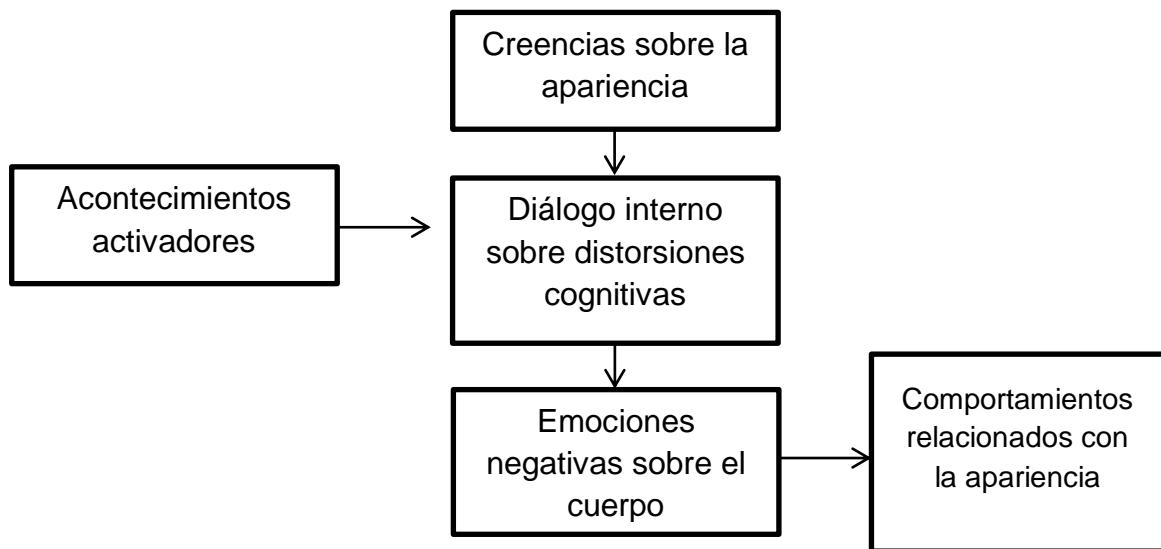


Figura 5. Los errores cognitivos en la imagen corporal (Raich, 2000, p. 32)

2.2.3 Alteraciones perceptuales

Las alteraciones de tipo perceptual son aquellas que llevan a la distorsión de la imagen corporal. Existen distorsiones perceptivas como la atención selectiva a la zona de afectación, la magnificación del cuerpo o la forma y tamaño del defecto y otras alteraciones como el miembro fantasma (Cash y Brown, 1987; Fernández, 2004). Cuando la insatisfacción con el cuerpo y la preocupación por el

mismo no son acordes a la realidad, suelen generar malestar en las personas, interfiriendo de manera negativa en la vida cotidiana (Salaberría et al., 2007).

2.2.4 Alteraciones conductuales

Algunos autores señalan que también se pueden encontrar alteraciones de tipo conductual, las cuales son reflejadas en comportamientos de evitación o compensación hacia el propio cuerpo y situaciones que impliquen la interacción con los demás, entre ellas encontramos las conductas para ocultar y disimular el defecto, la evitación para mirar la zona afectada o mirarse al espejo, preguntar qué tan notorio es, el cambio del tipo de ropa que utiliza, etc. Dichas alteraciones pueden llegar a manifestarse de manera obsesiva, aunado al aislamiento y evitación social fantasma (Cash y Brown, 1987; Fernández, 2004).

2.3. Variables que influyen en el cambio en la imagen corporal

La reacción e impacto que una persona puede tener ante cambios en su físico dependerá de múltiples factores (Fernández, 2004; ver figura 6):

2.3.1 Tipo de cambio físico experimentado, localización y grado de discapacidad.

Está comprobado que las personas que presentan mayor deformidad y disfunción física, tienen mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y sociales. Asimismo, la zona de la cabeza y cuello provocan una mayor carga emocional, por la valoración que dichas zonas tienen en la interacción social, la comunicación y la expresión a nivel emocional.

2.3.2 Reacción del entorno y apoyo social percibido

La imagen corporal se va formando con el tiempo y el proceso de desarrollo que está en función de la interacción con los demás y las experiencias. Debido a esto, el apoyo de la familia y las amistades, resulta primordial para la aceptación de una nueva imagen corporal, pues el contacto físico y la señal de aceptación y agrado generan emociones positivas ligadas a la nueva imagen, además de fomentar la reintegración social. Cuando las personas son sometidas a cambios físicos, tienden a mostrarse avergonzados y con temor al rechazo de los demás, llevándolos a evitar la interacción con los demás y a aislarse.

2.3.3. Disponibilidad y acceso a los recursos necesarios

Cuando una persona está atravesando un proceso de cambio de imagen corporal, puede contar con recursos que le permitan sentir mayor comodidad consigo misma, así como a reducir efectos negativos de los cambios corporales, tales como el uso de prótesis adaptadas a la necesidad que presenta, el uso de ropa especial, los métodos de reconstrucción quirúrgica o el aprendizaje de nuevas formas de arreglo o cuidado.

2.3.4. Valoración o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta

Existe gran influencia de este factor, pues la valoración que cada persona tiene respecto a la alteración en el aspecto físico es subjetiva. Las creencias que tenga la persona respecto a sí mismo y su imagen corporal, mediarán junto con las habilidades de afrontamiento, las características de su personalidad, las

experiencias brindadas previamente por el medio familiar, los pares, etc., así como las influencias socioculturales y la presión social.

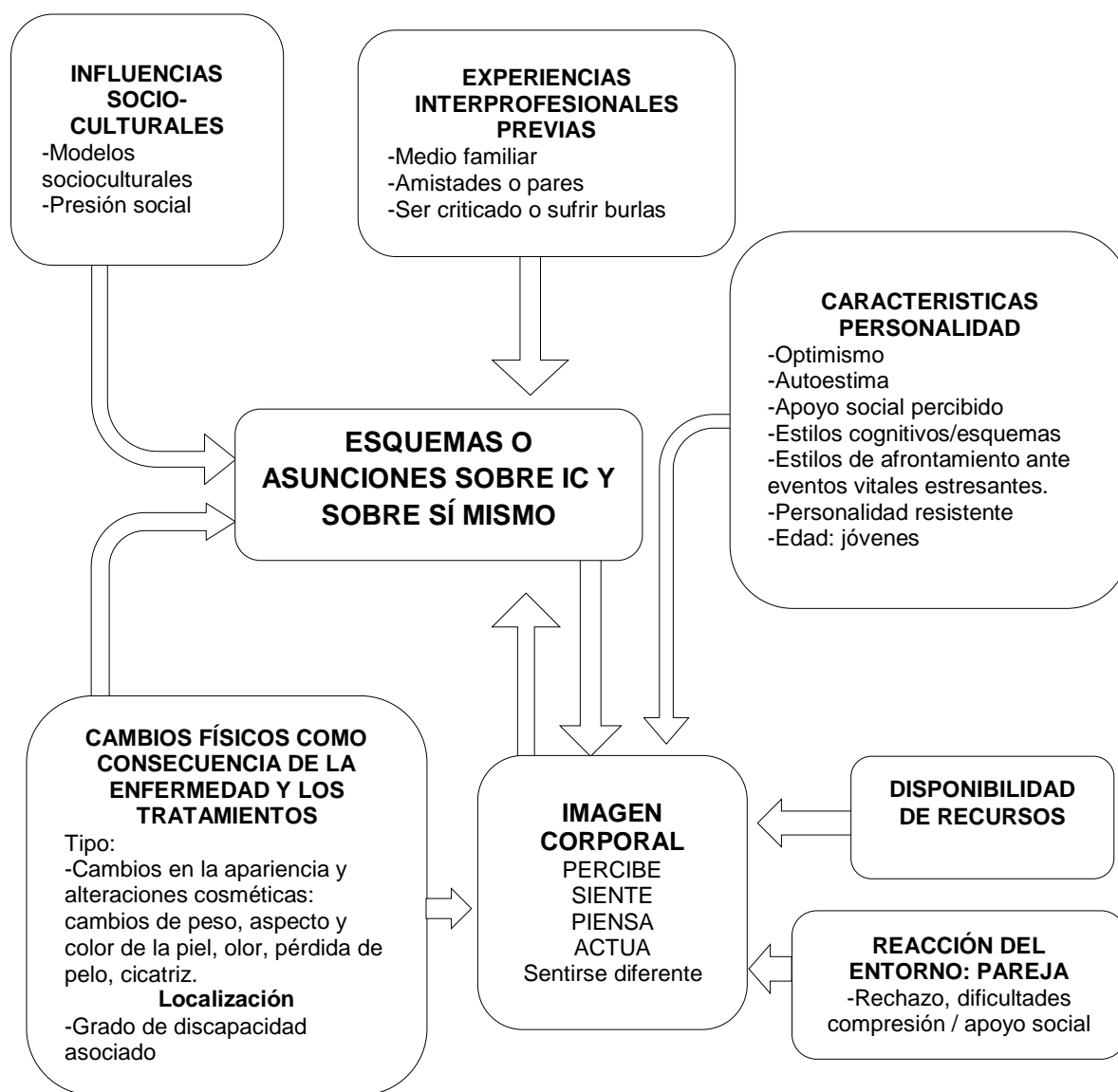


Figura 6. Variables que influyen en el cambio en la imagen corporal (Fernández, 2004, p. 171).

2.4 Evaluación de la imagen corporal

La evaluación de la imagen corporal debe incluir las siguientes áreas (Rosen, Srebnik, Saltzberg y Wendt, 1991): 1) percepción del tamaño y la forma del cuerpo; 2) cognición (p.e. creencias, pensamientos y preocupaciones; 3) emociones (p.e. malestar general con la imagen corporal y apreciación o valoración/desvaloración del cuerpo; y 4) conductas (p.e. evitación, rituales, camuflaje, buscar información tranquilizadora, entre otros).

2.4.1 Perceptual

La evaluación a nivel perceptual tiene como objetivo el análisis de las diferencias entre aquello que el individuo considera que mide su cuerpo o una parte de él, con la medición objetiva del mismo.

Es posible encontrar dos categorías para la evaluación de las alteraciones a nivel perceptual: métodos de estimación corporal global y métodos de estimación por partes corporales (Raich, 2000).

Medidas de estimación corporal global

Las medidas de estimación corporal global comprenden la confrontación del sujeto con imágenes reales presentadas en fotografías, videos o con espejos. La persona debe seleccionar la figura que considere, se adapte mejor a la suya y posteriormente se compara con la real. Un ejemplo de este tipo de método es la Escala de Siluetas Corporales (CDRS, por sus siglas en inglés; Thompson y Gray, 1995), la cual mide la insatisfacción y la percepción de la imagen corporal. La escala cuenta con nueve siluetas que van desde muy delgada hasta muy gorda. La diferencia entre la figura actual y la figura ideal indica la existencia de

distorsión perceptual. De acuerdo con Thompson y Gray (1995). La confiabilidad test-retest de este instrumento es de .78 y tiene una validez concurrente con el peso ($r = .71$) y con el índice de masa corporal ($r = .59$).

Métodos de estimación por partes corporales

El método de estimación por partes corporales requiere que la persona estime la anchura de una parte de su cuerpo, entre dos puntos localizados en una superficie: se pide al participante que no intente medir su cuerpo, sino que haga una hipótesis sobre la amplitud existente entre dos segmentos, vistos de frente. Pueden emplearse dos bloques de madera o utilizar un cordel. Posteriormente se compara con la medida real de la persona, utilizando un calibrador corporal.

Para este tipo de procedimientos se han construido técnicas como el *calibrador corporal móvil* el cual emplea una barra horizontal de 117 cm., apoyada en dos trípodes a una altura de 113 cm del suelo y comprende dos luces móviles, donde el sujeto ajusta la anchura de la parte del cuerpo en ese espacio (Caballo, 2005). El aparato se sitúa a 180 cm. del sujeto, de tal modo que al permanecer sentado los marcadores están a la altura de sus ojos.

Otro método de estimación sugerido por Askevold (como se citó en Caballo, 2005), es el denominado "*marcado de imagen*", el cual consiste en que la persona marca la anchura de la parte del cuerpo entre dos puntos situados en una superficie de papel. El resultado es la diferencia entre la percepción real y objetiva.

Adicionalmente, para evaluar la estimación perceptual de la imagen corporal, Ruff y Barrios (citados en Raich, 2000) propusieron un instrumento que proyecta una luz en la pared conocido como "*detección de la desviación de la*

imagen corporal (Caballo, 2005) que proyecta un haz de luz en la pared, en la cual la persona va situando su estimación. Una versión modificada fue propuesta Thomson y colaboradores (como se citó en Raich, 2000) que comprende cuatro haces de luz que representan la anchura de mejilla, caderas, cintura, etc.

2.4.2 Evaluación cognitiva

La estimación de aspectos cognitivos relacionados con la imagen corporal tiene por objetivo la detección de errores y distorsiones cognitivas a causa de la apariencia. Entre las distorsiones cognitivas descritas específicamente sobre la imagen corporal, es posible encontrar las siguientes (Frager y Fadiman, 2001):

- *Razonamiento de todo o nada.* Sucede cuando se visualizan de manera categórica las situaciones o cosas. Los pensamientos son polarizados o de tipo dicotómico. No existen puntos intermedios.
- *Generalización excesiva.* La percepción de un suceso negativo se convierte en una interminable sucesión de derrotas o más sucesos de este tipo. Se percibe como un patrón de fracaso sin final.
- *Filtro mental.* Se tiende a tomar un detalle negativo de las experiencias y se logra de esta manera cualquier experiencia futura.
- *Extraer conclusiones prematuras.* Sin tener hechos que lo sustenten, se extraen conclusiones negativas.
- *Magnificación (catastrofismo) o minimización.* Se exagera la alta o poca relevancia de las cosas.
- *Razonamiento emocional.* Se supone que las emociones negativas reflejan los hechos.

- *Enunciados condicionales.* Se intenta motivarse a sí mismo a través del “deber” y “no deber” hacer, despertando sentimientos de culpa.
- *Calificativos y etiquetas.* Se emplean apelativos denigrantes para describir un hecho, a través de un lenguaje cargado de emociones y poco auténtico.
- *Personalización.* Se percibe a sí mismo como la causa de un suceso ajeno, del cual no se tiene una responsabilidad en absoluto.

Asimismo, es posible encontrar este tipo de distorsiones cognitivas enfocadas a los problemas con la imagen corporal (Raich, 2000):

- *El ideal irreal.* Se identifica este tipo de distorsión cuando se evalúa la apariencia a partir de estándares fuera de la realidad. En el momento en que se identifica un desajuste entre la apariencia y ese ideal, se tiende a centrarse en los defectos.
- *La comparación injusta:* Consiste en la comparación de la apariencia propia con la de las personas que nos rodean y que se puede considerar, son más atractivas que nosotros.
- *La lupa:* Esta distorsión sucede a través de un proceso de *atención selectiva*, donde se centra en aspectos desagradables de la apariencia para la persona y que, además, se exagera su importancia, pensando en que ese aspecto representa una totalidad en la apariencia.
- *La mente ciega:* Relacionada íntimamente con la anterior, este tipo de distorsión ignora o minimiza aspectos favorables o agradables de la apariencia, pues generalmente, estos aspectos positivos, generan una sensación agradable y no se tiende a pensar en ellos.

- *La fealdad radiante:* Este tipo de distorsión sucede cuando la insatisfacción con un aspecto físico es generalizada hacia otras características de la apariencia.
- *El juego de la culpa:* A través de este tipo de distorsión se atribuyen decepciones o acontecimientos negativos a un aspecto de la apariencia física con el que no se está satisfecho.
- *La mala interpretación de la mente:* Sucede cuando existe la suposición o creencia de que los demás nos ven tal y como nos vemos nosotros mismos. Se tiende a creer que sabemos lo que piensan las demás personas sobre la apariencia física, incluso sin cuestionarlo previamente.
- *Prediciendo desgracias:* A través de una interpretación errónea de la mente, se espera que el aspecto físico con el que no se está satisfecho, tenga implicaciones o efectos negativos a futuro.
- *La belleza limitadora:* Con esta distorsión se limita el comportamiento debido a las preocupaciones por la apariencia física provocadas por las reacciones negativas que se cree, tendrán las demás personas.
- *Sentirse feo:* Esta distorsión tiende a justificar la insatisfacción con algún aspecto físico, a través de la preocupación que genera la interpretación, y convirtiéndola en algo certero.
- *El reflejo del malhumor:* Aspectos no relacionados con la apariencia física se traducen en malhumor y se tiende a criticar sobre esta misma. El estado de ánimo, encuentra al cuerpo como una víctima a través de críticas negativas.

Las distorsiones negativas ocupan gran cantidad de tiempo en la vida diaria y tienden a interferir en ella, pues suelen llevar a la experimentación de emociones

negativas y conductas negativas, por lo que resulta imprescindible evaluarlas. Para esto existen instrumentos desarrollados que valoran las distorsiones o errores cognitivos a causa de la apariencia:

2.4.3 Evaluación afectiva/emocional.

La evaluación de las emociones comprende la percepción de malestar general con la imagen corporal y la apreciación o valoración/desvaloración del cuerpo. Para medir este componente, se han utilizado distintos instrumentos.

2.4.4 Evaluación conductual

La evaluación conductual comprende conductas de evitación, rituales, camuflaje, buscar información tranquilizadora, entre otros. La estimación de aspectos afectivos o emocionales evalúan la satisfacción e insatisfacción corporal y podemos encontrar dos procedimientos: los autoinformes y las entrevistas y medidas de discrepancia real e ideal. La estimación a nivel conductual evalúa la relación a la frecuencia de la realización de conductas relacionadas con la imagen corporal, por ejemplo, el mirarse al espejo, tipo de ropa que utiliza, la restricción alimentaria, las actividades sociales, etc.

2.4.5 Instrumentos de evaluación de la IC

Para la evaluación de los componentes previamente mencionados, destacan los siguientes instrumentos:

- *El Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal* (BIAQ, por sus siglas en inglés; Rosen et al., 1991) permite medir la frecuencia de práctica de conductas de evitación activa y pasiva de situaciones relacionadas con la imagen corporal. Cuenta con 19 ítems tipo Likert con seis opciones de respuesta (1 = nunca, 6 = siempre), las cuales reflejan las conductas realizadas para controlar y disimular la apariencia. Las puntuaciones altas

indican mayor evitación. La escala contiene cuatro subescalas: vestimenta, actividades sociales, restricción alimentaria y pesarse y acicalarse. El cuestionario cuenta con consistencia interna adecuada ($\alpha = .89$).

- El *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ, por sus siglas en inglés; Cash, 2015) es un cuestionario de autoreporte que comprende 69 ítems y 10 sub-escalas, que evalúan aspectos relacionados con la orientación y evaluación de la imagen corporal. Se contesta en una escala de 5 puntos, los cuales se agrupan en siete subescalas factoriales y tres subescalas adicionales. Existe una escala de evaluación sobre apariencia física, utilizada dentro de la investigación sobre imagen corporal. Cuenta con traducción y adaptación en España, por Raich, Torras y Mora (1997). Asimismo, se han evaluado las propiedades psicométricas de este instrumento en población mexicana, con jóvenes varones universitarios del área metropolitana de la ciudad de México. Los resultados que refleja el estudio realizado por Velázquez, Vázquez, Mancilla y Ruiz (2014) cuenta con una confiabilidad del test de ($\alpha = .88$) y en el retest ($\alpha = .86$), mostrando que el MBSRQ en hombres es un instrumento útil para evaluar de manera multidimensional la imagen corporal.
- El *Eating Disorders Inventory* (EDI, por sus siglas en inglés, Garner, Olmstead y Polivy, 1984) permite evaluar conductas de riesgo y seguimiento de pacientes diagnosticados con trastornos alimentarios. Se dirige a la descripción y medición de características psicológicas, así como al nivel de sintomatología de relevancia clínica de estos trastornos. Consta de 91 reactivos y cuenta con una escala tipo Likert que va de 6 = Siempre a 1 =

nunca. Dentro de este instrumento está incluida una subescala de insatisfacción corporal, dando un índice genérico de este rubro respecto a diferentes zonas del cuerpo (Raich, 2014).

- La *Body Esteem Scale* (BES, por sus siglas en inglés; Franzoi y Shields, 1984) comprende 35 ítems tipo Likert que evalúan la apreciación por partes y funciones corporales, cuenta con cinco opciones de respuesta que van desde 1= *tengo sentimientos fuertemente negativos*, hasta 5= *tengo sentimientos fuertemente positivos*. Mayores puntuaciones indican mayor aprecio por el propio cuerpo. Se identifican tres factores para hombres: condición física ($\alpha = .86$; p.e., energía, agilidad, salud), fortaleza en la parte superior del cuerpo ($\alpha = .85$; p.e., fuerza muscular, bíceps, anchura de los hombros), y atractivo físico ($\alpha = .81$; p.e., cara, labios, nalgas); y tres para mujeres: preocupación por el peso ($\alpha = .87$; p.e., figura/apariencia, estómago, peso), condición física ($\alpha = .82$; p.e., reflejos, resistencia, coordinación), y atractivo sexual ($\alpha = .78$; p.e., deseo sexual, olor corporal, labios; Franzoi y Shields, 1984). La BES fue validada para población mexicana por Escoto et al. (2016).
- El *Body Shape Questionnaire* (BSQ, por sus siglas en inglés) fue desarrollado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) y contiene 34 ítems con seis opciones de respuesta donde las puntuaciones altas indican mayor insatisfacción corporal. Este instrumento evalúa la insatisfacción con la imagen corporal. En México, la escala presenta una consistencia interna adecuada ($\alpha = .95$), con un punto de corte de 110 y se compone de dos factores: malestar con la imagen corporal e insatisfacción corporal (Vázquez et al., 2004).

- El *Body Attitude Test* (BAT, por sus siglas en inglés; Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995), es un cuestionario que evalúa el aspecto subjetivo de la imagen corporal, en concreto una alteración de las actitudes hacia el cuerpo, la evaluación de la experiencia corporal y las actitudes hacia el propio cuerpo. Los 20 ítems con escala tipo Likert de 5 puntos, se agrupan en tres factores principales: Apreciación negativa del tamaño corporal, pérdida de familiaridad con el propio cuerpo e insatisfacción corporal general.
- El *Body Image automatic thoughts Questionnaire* (BIATQ, por sus siglas en inglés; Cash et al., 1991) es un cuestionario que evalúa el componente cognitivo de la IC, específicamente la frecuencia de los pensamientos negativos o positivos sobre el cuerpo. La BIATQ consta de 52 ítems divididos en dos subescalas: pensamientos positivos (15 ítems) y pensamientos negativos (37 ítems). Cuenta con una escala que va de 1 (nunca) a 5 (muy a menudo), y la puntuación total es obtenida a través de la resta de la puntuación en escala de pensamientos positivos a la de pensamientos negativos. Tiene una consistencia interna de .90 para pacientes con bulimia y para población general.
- *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE; Rosen, Reiter y Ororan, 1995). Este instrumento se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa aspectos cognitivos y conductuales sobre la insatisfacción corporal. Discrimina ideas sobrevaloradas sobre la apariencia. Cuenta con una consistencia interna adecuada, así como confiabilidad test-retest y entre

evaluadores, y validez concurrente y predictiva aceptables (Botella, Ribas y Benito, 2009).

2.5 Tratamientos

El tratamiento centrado en las alteraciones de la imagen corporal puede llevarse a cabo a partir de dos tipos de procedimientos: el quirúrgico, donde se pueden encontrar cirugías de tipo plástico-estético y plástico-reconstrutivo; y el psicológico, que puede incluir técnicas de tipo cognitivo-conductual y de otros cortes a nivel psicoterapéutico.

2.5.1 Tratamientos quirúrgicos

Uno de los tratamientos más comunes para modificar la figura corporal y que se practican de manera cotidiana, son las intervenciones quirúrgicas realizadas por cirujanos plásticos, reconstructivos y estéticos. Desde muchas generaciones atrás, estos especialistas han ayudado a la creación y el perfeccionamiento de técnicas y elementos de intervención quirúrgica, tales como el láser, los expansores tisulares, implantes de colágeno, la betaterapia, siliconas, etc. Este tipo de tratamientos, han resultado exitosos no sólo por las posibilidades de éxito que se amplian a través de este mismo perfeccionamiento de técnicas, sino que son favorecidos por el fenómeno de la moda, donde se observa a nivel social, una percepción de la belleza y la elegancia que no depende únicamente de la ropa que utiliza, sino que se busca un equilibrio y armonía en las formas del cuerpo (Acerbi, 2009).

Aunado a esto, se identifica la existencia de dos vertientes respecto a las intervenciones quirúrgicas corporales: la cirugía plástica-reparadora y la cirugía plástica-estética (Nieves, s/f).

2.5.1.1 Cirugía plástica-reconstructiva

Este tipo de cirugías tiene como objetivo la restauración o mejora de la funcionalidad y el aspecto físico en lesiones provocadas por quemaduras o accidentes, tumores a nivel cutáneo y anomalías congénitas. Se realizan este tipo de cirugías principalmente en la cara, específicamente en la nariz, el paladar, los labios o el cráneo; y en los genitales o manos. De manera general, se busca mejorar la función y la capacidad, no obstante, también tiene un fin estético para mejorar la estructura afectada. La realización de este procedimiento, generalmente se cubre a través de pólizas de seguros de salud, aunque varía de acuerdo al tipo de procedimiento específico y se identifican los siguientes (ver tabla 1; Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos, 2018a).

Tabla 1 *Tipos de cirugía plástica-reconstructiva.*

Tipo de cirugía	Características
Reconstrucción de seno	Restaura el seno en forma, apariencia y tamaño normal posterior a una mastectomía. Implica diversos procedimientos realizados en distintas etapas. Puede comenzar desde el momento de la mastectomía o posterior a esta.
Reparación de labio leporino y paladar hendido	Restaura la función de los labios y boca, así como la apariencia normal de las alteraciones causadas por el labio leporino y el paladar hendido, que generan la formación incompleta del labio superior o del techo de la boca de manera aislada o conjunta.
Cirugía de mano	Trata enfermedades que producen dolor, pérdida de fuerza, funcionamiento y flexibilidad de la muñeca y los dedos. Restaura casi a la normalidad la función de los dedos cuando han tenido un traumatismo o presentan anomalías de nacimiento.
Tratamiento de linfedema	Se realizan procedimientos linfáticos de derivación, donde los ganglios linfáticos son extraídos de una parte del cuerpo y son implantados en la zona afectada para reconstruir un sistema y disminuir el malestar.
Contorneo del cuerpo	Elimina exceso de piel y grasa de la parte inferior del abdomen para crear un contorno abdominal más suave. La diferencia con una abdominoplastía radica en que los músculos abdominales no son apretados en este tipo de cirugía.
Medicina regenerativa	Reemplaza, diseña o regenera células, tejidos u órganos humanos para el restablecimiento de formas y funciones

Tabla 1 *Tipos de cirugía plástica-reconstructiva (continuación).*

Tipo de cirugía	Características
	normales. Puede emplearse tanto para curar tejidos dañados como para la formación de tejido nuevo.
Revisión de la cicatriz	Minimiza una cicatriz para que sea menos conspicua y se pueda mezclar con el tono y la textura de la piel circundante.
Eliminación de cáncer de piel	Elimina quirúrgicamente lesiones cutáneas cancerígenas a través de técnicas especializadas para preservar su salud y su apariencia.
Cirugía de confirmación de género	Da a las personas transgénero una apariencia física y la habilidad funcional del género que ellos mismos saben que son a través de diferentes procedimientos quirúrgicos.

2.5.1.2 Cirugía plástica-estética

A diferencia de la anterior, este tipo de cirugía se realiza en pacientes sanos y tiene como objetivo la corrección o alteración de la norma estética para una mayor armonía corporal o facial. A través de su realización se busca el aumento de la estabilidad emocional, la seguridad personal y sensación de bienestar del individuo en un ámbito personal, afectivo, social o profesional, mejorando la imagen corporal.

Dentro de este tipo de procedimientos a nivel estético, la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (2018b) menciona los siguientes (ver tabla 2):

Tabla 2. *Tipos de cirugías plásticas-estéticas por categoría corporal.*

Tipo de cirugía	Descripción
Aumento de seno	<p>Implica el uso de implantes mamarios o transferencia de grasa para el aumento del tamaño de los senos.</p> <p>Restaura el volumen de los senos, perdido después de la reducción de peso o el embarazo.</p> <p>Logra una forma más redonda de los senos y mejora la asimetría natural de su tamaño.</p>
Reducción de seno	<p>Se elimina el exceso de grasa mamaria, tejido glandular y piel, para lograr que los senos tengan un tamaño proporcional al cuerpo y aliviar la incomodidad producida por el exceso de su tamaño.</p>
Elevación de senos	<p>Se elimina el exceso de piel y se aprieta el tejido circundante para crear un nuevo soporte en el contorno de los senos y elevarlos, logrando un aspecto más joven, con mayor forma y firmeza.</p>
Transferencia de grasa para el aumento de senos	<p>A través de la liposucción se toma grasa de otras partes del cuerpo y se inyecta en los senos. Este tipo de intervención busca un aumento relativamente pequeño y con resultados naturales.</p>
Liposucción	<p>Se elimina el exceso de depósitos de grasa, adelgazando y readaptando áreas específicas del cuerpo. Busca mejorar los contornos y la proporción del cuerpo</p>

Tabla 2. *Tipos de cirugías plásticas-estéticas por categoría corporal (continuación).*

Tipo de cirugía	Características
Reducción de grasa no quirúrgica	Se emplea tecnología que usa calor o enfriamiento o una medicación inyectada para reducir las células grasas. Brinda opciones para los pacientes que no desean o no pueden someterse a la cirugía. Este tipo de procedimientos pueden utilizar ultrasonido, radiofrecuencia, luz infrarroja, masajes al vacío y medicamentos inyectables.
Levantamiento de Brazo	Se reduce el exceso de flacidez de la piel de los brazos.
Mejoramiento de forma y tono	A partir de la elevación del cuerpo se logra mejorar la forma y el tono del tejido subyacente que sostiene la piel y la grasa. Puede incluir el área abdominal, nalgas y muslos.
Abdominoplastia	Elimina el exceso de grasa y piel, puede restaurar los músculos debilitados o separados dejando el abdomen suave y firme.
Aumento de glúteos	Se realiza una transferencia de grasa, uso de implantes o injertos de grasa, y a veces, una combinación de ambos para aumentar el tamaño del trasero.
Remodelación de muslos	Reconfigura los muslos a través de la reducción de exceso de piel y grasa, produciendo piel más suave y contornos mejor proporcionados de los muslos y la parte inferior del cuerpo.

Tabla 2. *Tipos de cirugías plásticas-estéticas por categoría corporal (continuación).*

Tipo de cirugía	Características
Estiramiento de frente	Reduce arrugas desarrolladas de manera horizontal en la frente, el puente de la nariz y entre los ojos. Mejora líneas del ceño, pliegues entre las cejas. Puede implicar el levantamiento de cejas.
Aumento de mejillas	Se agrega volumen a las mejilla a través de injertos o transferencia de grasa (misma del paciente) o utilizando implantes sólidos de mejillas.
Estiramiento facial	Mejora signos visibles del envejecimiento en la cara y cuello.
Estiramiento de cuello	Mejora signos visibles de envejecimiento en la mandíbula y cuello.
Reducción de mejillas	Busca adelgazar las mejillas, específicamente en el área de los huecos de las mismas.
Cirugía de mentón	Remodela el mentón mediante un implante o una cirugía de reducción en la estructura ósea.
Cirugía de párpados	Mejora la apariencia de los párpados. Puede realizarse en párpados superiores, inferiores o ambos para su mejora en apariencia y funcionalidad.
Cirugía de nariz	Busca mejorar las proporciones de la nariz y la armonía facial. Puede ayudar a corregir alteraciones de la respiración causadas por defectos estructurales en la nariz.

2.5.2 Psicológicos

En la actualidad se han realizado diversos estudios controlados sobre la aplicación de intervenciones y tratamientos psicológicos para las alteraciones en la imagen corporal. Los tratamientos más eficaces que se han identificado hasta la actualidad para el trastorno de la imagen corporal son los cognitivo conductuales (Salaberria, Borda, Amora y Echeburúa, 2000). Sánchez-Carracedo et al. (2004) señalan que algunas de las técnicas aplicadas para los problemas relacionados con la IC, son las siguientes:

- Autorregistros

Los autorregistros son empleados con la finalidad de recabar información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, conductas o personas, el malestar se ve modificado de manera positiva y negativo. Asimismo, la realización de autorregistros permite ver los cambios obtenidos con el tiempo de tratamiento con esta y otras técnicas. El autorregistro que se emplea de manera más concurrente es el *registro diario de pensamientos distorsionados* (DTR, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Este tipo de registro utiliza 6 columnas donde se anota el día y hora en que ocurre la situación, las situaciones concretas, la emoción que se produjo y su intensidad, los pensamientos automáticos e imágenes que pasaron por la mente del paciente, las respuestas alternativas ante los pensamientos escritos y la reevaluación de la credibilidad de estos y el grado de intensidad de la emoción después del análisis (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012; Tabla 3).

Tabla 3. Ejemplo de autoregistro.

Fecha y hora	Situación	Emociones	Pensamientos automáticos	Respuesta racional	Resultado
Lunes 9:00am	Estoy llegando a la oficina y mis compañeros me observan .	Preocupación (70%)	Seguramente estoy siendo criticada y juzgada por mi figura.	Que me estén observando no necesariame nte significa que me estén criticando o juzgando (60%)	Credibilidad de que mis compañeros me estén juzgando (30%) Grado de preocupación (20%).

- Exposición en el espejo

Otros autores (Tusche-Caffier et al., 2003), desarrollaron una técnica de exposición del cuerpo y las alteraciones de la imagen corporal. Dicha técnica está centrada en aspectos cognitivo-emocionales, donde las pacientes se observan en un espejo y describen su apariencia física detalladamente. La realización de esta técnica promueve descripciones neutrales donde las personas pueden focalizar su atención en zonas del cuerpo que son ignoradas, tanto agradables como desagradables.

- Estrategias de afrontamiento

La creación de estrategias de afrontamiento es vital para la modificación de pensamientos disfuncionales. Estas técnicas incluyen el control de estímulos, donde se reducen los estímulos que producen malestar en el paciente; la relajación, con la finalidad de reducir la ansiedad que genera la situación; la exposición graduada, que ayuda a exponerse ante situaciones temidas de manera

paulatina; el control de la respiración, empleada especialmente ante síntomas somáticos amenazantes que general dificultad para relajarse; y el entrenamiento asertivo, que permite la práctica de las estrategias creadas para el manejo adecuado del paciente en situaciones que general malestar (Ruiz et al., 2012).

- Imaginería guiada

El entrenamiento en imaginación consiste en imaginar escenas concretas, añadiendo todo tipo de detalles. El terapeuta debe ir ayudando al paciente a que genere particularidades en la escena, hasta crear cambios muy complejos, creando escenas realistas donde se genere el malestar (ansiedad, preocupación, miedo) donde expone su figura física (Ruiz et al., 2012).

- Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva se basa en la identificación y cuestionamiento de pensamientos desadaptativos del paciente. Estos pensamientos son considerados hipótesis, las cuales el terapeuta y el paciente logran refutar a través de la recolección de datos que determinen su uso. Posterior a esto, el terapeuta generará preguntas y diseñará experimentos conductuales para que el paciente someta a prueba dichos pensamientos y lleguen a una conclusión de su validez. Dentro del campo de la IC, utiliza el entrenamiento de las personas para que puedan detectar pensamientos desfavorables respecto a su imagen corporal global o partes específicas del cuerpo. A través de un análisis objetivo, deben identificar los aspectos a favor y en contra y crear pensamientos adaptativos.

- Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática es una técnica dirigida al tratamiento de miedos fóbicos y problemas de ansiedad, especialmente aquellos que se presentan en situaciones muy concretas (Ruiz et al., 2012).

De manera imaginaria y en vivo, se va exponiendo a los sujetos a situaciones que generan sentimientos negativos sobre la imagen corporal.

- Prevención de recaídas

Las personas deben poder identificar situaciones de riesgo muy alto donde se genere malestar con la imagen corporal, de este modo, podrán emplear pensamientos racionales ensayados con anticipación y técnicas de relajación para afrontar esos momentos.

- Representación de papeles (role-playing)

Este tipo de técnica se emplea de manera efectiva para el cambio de creencias distorsionadas a través de la práctica de conductas y el establecimiento de un debate con el terapeuta, con la finalidad de abordar situaciones que, generalmente producen malestar en el paciente (Ruiz et al., 2012).

Asimismo, es posible identificar tratamientos diseñados para el mismo abordaje de problemas con la imagen corporal que conjuntan las técnicas antes mencionadas. Dentro de estos destaca el tratamiento de Rosen et al. (1995). Dicho tratamiento tiene una aplicación de forma grupal y tiene como objetivo el cambio a nivel perceptual, actitudinal y comportamental sobre la imagen corporal.

Los grupos de intervención para este tratamiento son de 4 a 5 personas, las cuales asisten a una sesión semanal de dos horas de duración por 8 semanas.

Las sesiones de corte cognitivo conductual, implementan la facilitación de información sobre el tema, repaso de tareas, ejercicios terapéuticos y propuestas.

2.6 Trastornos mentales y alteraciones psicológicas

La preocupación por el cuerpo, la apariencia y la figura es algo que ha existido siempre, no obstante, últimamente este aspecto tiene efectos sin precedentes, generando la producción significativa de dinero, la atracción del público ante programas audiovisuales que promueven los cánones de belleza y esto tiende a tener repercusiones graves en la salud física y mental (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013). Diversos problemas mentales y psicológicos han sido asociados a la imagen corporal negativa, por ejemplo, depresión, ansiedad social, disfunciones sexuales, autolesiones y trastornos de la conducta alimentaria.

2.6.1 Depresión

Contreras-Valdéz, Hernández-Guzmán y Freyre (2016) llevaron a cabo un estudio con 231 preadolescentes de la Ciudad de México y que fueron clasificadas en grupos de obesidad, sobrepeso y normopeso, y contestaron el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ-16), la prueba de Autoestima Infantil y la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, para estudiar la posible asociación entre insatisfacción corporal, autoestima y depresión. Respecto a esta última variable, se determinó que las niñas ubicadas en cualquiera de los grupos antes mencionados, presentaban altos niveles de insatisfacción con su imagen corporal y mayor sintomatología depresiva.

2.6.2 Ansiedad

Un estudio evaluó si la depresión y la ansiedad juegan un papel mediador entre la insatisfacción corporal y las conductas de control de peso. 140 adolescentes respondieron la escala de insatisfacción corporal del EDI-2, las escalas de ansiedad y depresión del GHQ-28 y escalas del EAT. Los resultados obtenidos señalan que las adolescentes con sobrepeso y alta insatisfacción corporal presentan mayor sintomatología ansiosa, la cual presenta efectos directos e indirectos sobre las conductas de control de peso (Cruz-Sáez, 2016).

2.6.3 Baja autoestima

Niveles bajos de autoestima han podido relacionarse con grados significativos de insatisfacción corporal. Una investigación realizada por Atencio et al. (2008), donde se evaluó la relación entre ambas variables en estudiantes universitarios de Venezuela, a través del Body Shape Questionnaire (Cooper et al., 1987), determina la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre la insatisfacción con la imagen corporal y la baja autoestima, así como con el género, pues las mujeres tuvieron niveles de insatisfacción corporal más altos. Señalan además que existe un rechazo por la propia imagen corporal, derivada de una percepción distorsionada de la misma, lo cual es posible que genere una autoestima deficiente.

La relación entre estas variables también ha sido detectada en niñas con obesidad en la Ciudad de México, donde en un estudio realizado por Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán y Freyre (2016), evaluadas con el instrumento mencionado en el anterior estudio, indicó que las niñas de cualquier peso y con mayor insatisfacción corporal muestran niveles bajos de autoestima.

2.6.4 Obesidad y sobrepeso

Es posible relacionar variables como el sobrepeso y la obesidad con una imagen corporal negativa. En un estudio realizado para valorar el grado de insatisfacción con la imagen corporal en un centro de atención primaria universitaria en Tijuana, realizado con ciento cincuenta y ocho pacientes a quienes se les tomó el peso, la estatura y la circunferencia de cintura, se observó una relación positiva entre el grado de insatisfacción y el índice de masa corporal, asimismo, se indicó que las mujeres presentaron mayor grado de insatisfacción que los hombres (Casillas-Estrella, Montaña-Castrejón, Reyes-Velázquez, Bacardí-Gascón y Jiménez-Cruz, 2006).

En población infantil, Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán y Freyre (2016) determinaron que niñas pre-adolescentes con sobrepeso y obesidad presentan mayor insatisfacción corporal que sus pares con normopeso.

2.6.5 Trastornos de la conducta alimentaria

Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro (2013), indican que la insatisfacción con la imagen corporal constituye uno de los factores principales para la elección alimentaria, ya que la distorsión de la IC lleva a la realización de dietas sin supervisión médica. Dicho seguimiento de dietas intencionales, está relacionado con la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que diversos estudios han planteado la necesidad de detección de alteraciones en la imagen corporal con la finalidad de prevenir este tipo de trastornos, siendo las mujeres, quienes presentan mayores afecciones de este tipo (entre el 90% y 95%).

Por otro lado, se ha identificado que la presencia de conductas alimentarias de riesgo, está ampliamente relacionada con la insatisfacción corporal y la

interiorización de un ideal de belleza en las mujeres, sin importar su edad o etapa de desarrollo. En un estudio donde se evaluaron a 145 mujeres de entre 12 y 46 años respecto a la asociación de insatisfacción corporal y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria, se encontró que las conductas y actitudes alimentarias anómalas se presentan de igual manera tanto adolescentes como en mujeres adultas, siendo este último sector un foco de atención, ya que en la adultez se suele recurrir a métodos extremos para la modificación del cuerpo, aun implicando un riesgo de importancia sobre la salud (Álvarez-Rayón et al., 2009).

2.6.6 Trastorno obsesivo compulsivo

En un estudio realizado en México para analizar la relación entre el funcionamiento sexual y la satisfacción con la pareja en 154 mujeres con cáncer de mama con cirugía conservadora y mastectomía radical, se encontró que el funcionamiento sexual fue bajo, reflejando un desequilibrio en este ámbito, especialmente en mujeres mayores y con mastectomía radical (Pintado, 2016).

Capítulo III.

Método

3.1 Planteamiento del problema

El cáncer de mama es una neoplasia maligna que afecta a una o a ambas mamas. En México, la mastectomía es el tratamiento para el cáncer de mama más utilizado, quizá debido a que se diagnostica en etapas avanzadas.

Aunque muchos estudios han señalado que el cáncer y sus tratamientos se asocian con altos niveles de ansiedad, depresión, pobre autoconcepto y ajuste sexual, son muy pocas las investigaciones que se enfocan en los cambios que provoca la enfermedad y sus tratamientos en la imagen corporal.

Debido al importante papel que juega la mama en el sentido de feminidad y en el atractivo físico y sexual de la mujer, la asimetría producida por la mastectomía puede provocar una pérdida muy dolorosa tanto a nivel físico como emocional. Más aún, es probable que después de la cirugía (mastectomía) se produzcan cambios en la percepción de la imagen corporal, lo cual está relacionado con la autoestima. Por lo anterior, este estudio pretende evaluar el impacto de la mastectomía en la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama.

3.2 Objetivo general

Analizar los estudios disponibles, los cuales han evaluado la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama.

3.3 Objetivos específicos

- Identificar los países en los que se han realizado estudios de imagen corporal en mujeres con cáncer de mama.

- Identificar las características de los estudios de imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: tiempo de seguimiento y tamaño de la muestra.
- Identificar las características de la población de pacientes (por ejemplo, los diagnósticos de cáncer de mama; etapa el cáncer de mama, edad).
- Identificar las medidas más utilizadas para evaluar la imagen corporal y sus características.
- Comparar el grado de satisfacción corporal de las pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria que se les practicó: mastectomía unilateral (simple o radical modificada) o reconstrucción mamaria postmastectomía (inmediata o diferida).
- Estudiar si otras variables clínicas y psicológicas están significativamente relacionadas con los cambios en la imagen corporal.

3.4 Hipótesis

Las pacientes con mastectomía unilateral (simple o radical modificada) presentarán un menor grado de satisfacción corporal, en comparación con las pacientes con reconstrucción mamaria postmastectomía (inmediata o diferida).

3.5 Variables

Mastectomía sin reconstrucción.

Como se mencionó con anterioridad, la mastectomía con reconstrucción es el tipo de cirugía en la que se extirpa totalmente el seno, incluido el tejido mamario y otros tejidos cercanos. En este tipo de intervención no se realiza ningún procedimiento de restauración del seno.

Mastectomía con reconstrucción.

Asimismo, es posible identificar otro tipo de cirugía, que es la mastectomía con reconstrucción donde además de extirpar totalmente o parcialmente el seno, se restaura la forma y apariencia del mismo posterior a la intervención quirúrgica.

3.6 Método

La búsqueda bibliográfica se realizó en la plataforma EBSCO, que incluye las siguientes bases de datos electrónicas: Academic Search Complete, Medic Latina y Academic Search Premier. Los términos de búsqueda utilizados fueron el prefijo *mastectom** e *imagen corporal*, en español y en inglés. La búsqueda se limitó al título, las palabras clave y el resumen de artículos científicos, publicados desde enero de 1996 hasta mayo de 2015, sin restricción del tema.

3.7 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron: a) artículos publicados en revistas científicas revisadas por pares; b) escritos en inglés o español; c) con muestras de mujeres tratadas por cáncer de mama; d), evaluación cuantitativa de la imagen corporal. De las investigaciones en que la imagen corporal fue una de las variables dependientes; sólo se seleccionaron aquellas dirigidas a explicar la imagen corporal. El análisis de los datos recopilados y publicados, no presenta dilemas éticos.

Se encontraron 119 artículos con el prefijo *mastectom** en combinación con la palabra *body image*. Adicionalmente se identificaron 9 artículos con el prefijo *mastectom** combinado con la palabra *imagen corporal*. Después de la eliminación de los trabajos duplicados, en la presente revisión se incluyeron 30

artículos. El proceso de selección y el número de artículos se resumen en la Figura 7.

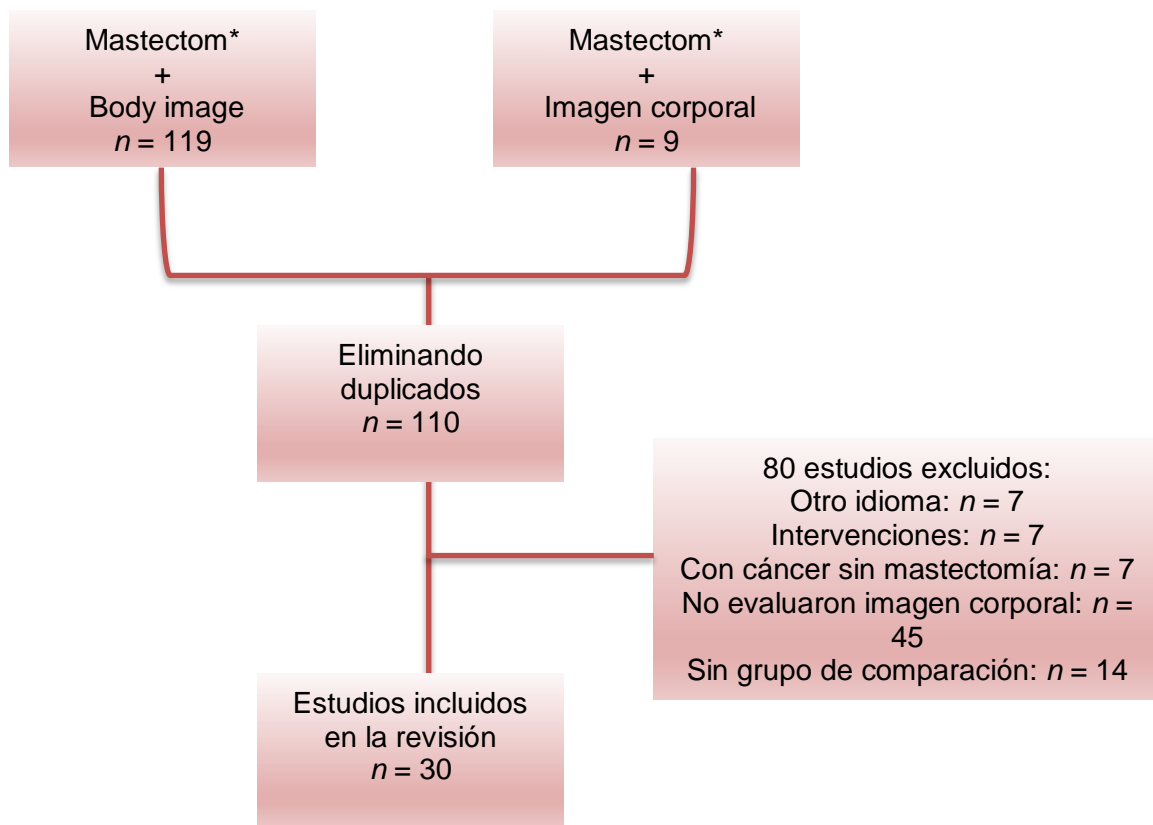


Figura 7. Proceso empleado en la búsqueda.

Después de recopilar los estudios, dos revisores clasificaron los artículos por año de publicación e identificaron aquellos que cumplieron los criterios de inclusión. posteriormente, los revisores extrajeron los siguientes datos: 1) autor(es) y año de publicación; 2) información general (por ejemplo, el área geográfica del estudio); 3) características del estudio (por ejemplo, tiempo de seguimiento, tamaño de la muestra); 4) características de la población de pacientes (por ejemplo, los diagnósticos de cáncer de mama; etapa el cáncer de mama, edad); 5) tipo de intervención; 6) La terapia adyuvante; 7) Instrumento utilizado para evaluar la imagen corporal; y 8) Principales conclusiones.

Capítulo 4.

Resultados

Al considerar los criterios de inclusión y exclusión, se identificaron 30 artículos que forman parte de esta revisión, de los cuales 21 son transversales y nueve longitudinales (Tabla 4).

4.1 Investigaciones transversales

4.1.1 País

De los estudios transversales, la tercera parte de las investigaciones fueron realizadas en Europa (33.33%), de las cuales, 42.8% fueron en España (Gómez-Campelo, Bragado-Álvarez y Hernández-Lloreda, 2014; Rincón, Pérez, Borda y Martín, 2012; Vázquez-Ortiz, Antequera y Blanco, 2010) y el resto en Alemania (Hang, Grothuesmann, Neises, Hille y Hillemanns, 2010), Reino Unido (Holly, Kennedy, Taylor y Beedie, 2003), Grecia (Anagnostopoulos y Myrghianni, 2009) y Suecia (Fallbjörk, Karlsson, Salander y Rasmussen, 2010) con un estudio cada uno. Asimismo, en Asia se efectuaron 28.6% de las investigaciones, específicamente en China (Fung, Lau, Fielding, Or y Chun, 2001; Yeo et al., 2004), India (Munshi et al., 2010), Korea (Min et al., 2010) y Taiwan (Tung-Chieh et al., 2007). Adicionalmente, en Turquía –país transcontinental ubicado en Asia y Europa– se realizaron dos estudios (Sertoz, Doganavsargil y Elbi, 2009; Zanapalioğlu, Atahan, Gür, Çökmez y Tarcan 2009), lo que ubica a dichos continentes en el primer lugar de investigaciones del efecto de la mastectomía sobre la imagen corporal (71.4 %). Finalmente, en Oceanía (Australia) se identificó un estudio (Nano et al., 2005) y en el continente Americano se ubicaron 23.8% de las investigaciones, específicamente tres en Estados Unidos (Janz et

al., 2005; Rosenberg et al., 2013; Rowland et al., 2000) y dos en México (Aguilar et al., 2015; Medina-Franco et al., 2010).

4.1.2 Participantes

Todos los estudios excepto siete (Aguilar et al., 2015; Fallbjörk et al., 2010; Gómez-Campelo et al., 2014; Holly et al., 2003; Rincón et al., 2012; Sertoz et al., 2009 y Vázquez-Ortiz et al., 2010) incluyeron un grupo con terapia de conservación del seno. Todos incluyeron pacientes mastectomizadas, y de ellos, solo uno (Min et al., 2010) no incluyó mastectomía sin reconstrucción, y nueve no incluyeron mastectomía con reconstrucción (Aguilar et al., 2015; Agrawal, Kumar y Lal, 2012; Anagnostopoulos y Myrzianni, 2009; Hang et al., 2010; Munshi et al., 2010; Sertoz et al., 2009; Tung-Chieh et al., 2007; Yeo et al., 2004 y Zanapalioğlu et al., 2009).

Solo tres estudios incluyeron adicionalmente un grupo de comparación de mujeres sanas sin cáncer (Min et al., 2010; Vázquez-Ortiz et al., 2010 y Sertoz et al., 2009) y uno más incluyó mujeres con trastorno somatomorfo (Sertoz et al., 2009).

4.1.3 Edad de las participantes

El rango de edad de las pacientes fue de 17 a 86 años, la edad promedio fue de 52.3 años.

4.1.4 Tamaño de las muestras

Nueve estudios incluyeron muestras de entre 112 y 310 pacientes (Aguilar et al., 2015; Fallbjörk et al., 2010; Hang et al., 2010; Medina-Franco et al., 2010; Min et al., 2010; Munshi et al., 2010; Nano et al., 2005; Sertoz et al., 2009 y

Tung-Chieh et al., 2007), incluso tres estudios incluyeron entre 419 y 1348 pacientes (Janz et al., 2005; Rosenberg et al., 2013 y Rowland et al., 2000). El resto de estudios incluyó muestras de entre 49 y 100 participantes (Agrawal et al., 2012; Anagnostopoulos y Myrghianni, 2009; Fung et al., 2001; Gómez-Campelo et al., 2014; Holly et al., 2003; Rincón et al., 2012; Vázquez-Ortiz et al., 2010; Yeo et al., 2004 y Zapanalioğlu et al., 2009).

4.1.5 Diagnóstico de cáncer

Tres estudios incluyeron pacientes con un año de diagnóstico de cáncer (Aguilar et al., 2015; Gómez-Campelo et al., 2014 y Rosenberg et al., 2013), seis estudios con menos de cinco años de diagnóstico (Fung et al., 2001; Hang et al., 2010; Holly et al., 2003; Rowland et al., 2000; Yeo et al., 2004 y Zapanalioğlu et al., 2009), cuatro con 5 a diez años de diagnóstico (Fallbjörk et al., 2010; Janz et al., 2005; Min et al., 2010 y Sertoz et al., 2009), mientras que cuatro estudios incluyeron pacientes con más de 10 años de padecer el cáncer (Anagnostopoulos y Myrghianni, 2009; Nano et al., 2005; Rincón et al., 2012 y Tung-Chieh et al., 2007).

4.1.6 Tratamiento para el cáncer

Seis estudios incluyeron pacientes que tenían menos de un año recibiendo tratamiento contra el cáncer (Aguilar et al., 2015; Fung et al., 2001; Holly et al., 2003; Rosenberg et al., 2013; Rowland et al., 2000 y Vázquez-Ortiz et al., 2010), siete, de uno a 6 años (Anagnostopoulos y Myrghianni, (2009) Hang et al., 2010; Janz et al., 2005; Rincón et al., 2012; Sertoz et al., 2009; Yeo et al., 2004 y

Zanapalioğlu et al., 2009), y dos con más de 10 años de tratamiento (Fallbjörk et al., 2010; Tung-Chieh et al., 2007).

4.1.7 Instrumentos de evaluación de la imagen corporal

Más de la mitad de los estudios emplearon al menos una medida de imagen corporal previamente validada (66.6%) o bien, construyeron un instrumento a partir de otros ya existentes (9.5%; Fallbjörk et al., 2010; Yeo et al., 2004), en tanto que las investigaciones restantes evaluaron el constructo a partir de preguntas (Tung-Chieh et al., 2007; Vázquez-Ortiz et al., 2010), instrumentos (Agrawal et al., 2012) o entrevistas (Fung et al., 2001) diseñadas *ex profeso*.

Entre los instrumentos mayormente utilizados, destacan el Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire (QLQBR-23), el cual fue empleado en seis estudios (Hang et al., 2010; Janz et al., 2005; Min et al., 2010; Munshi et al., 2010; Rincón et al., 2012; Zanapalioğlu et al., 2009) y la Body Image Scale (BIS) usada en cinco investigaciones (Aguilar et al., 2015; Anagnostopoulos y Myrzianni, 2009; Gómez-Campelo et al., 2014; Holly et al., 2003; Medina-Franco et al., 2010). Asimismo, otros instrumentos empleados fueron el Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES, Rowland et al., 2000), tres ítems del CARES (Rosenberg et al., 2013), y la Body Cathexis Scale (Sertoz et al., 2009). Finalmente, destaca el estudio de Rincón et al. (2012), quienes emplearon dos instrumentos validados previamente (QLQBR-23 y el Test de Medición del Grado de Satisfacción Corporal [TMGSC, por sus siglas]) así como un ítem orientado a evaluar la satisfacción con la estética corporal posterior a la cirugía.

4.1.8 Principales hallazgos

Todos los estudios que incluyeron un grupo con terapia de conservación del seno, excepto uno (Munshi et al., 2010) encontraron que las mujeres mastectomizadas (con o sin reconstrucción) tienen más insatisfacción corporal en comparación con las mujeres sometidas a terapia de conservación del seno. Por otro lado, la mayoría de los estudios, concuerdan en que los niveles de insatisfacción corporal son similares entre los grupos mastectomizados, con o sin reconstrucción.

4.2 Investigaciones longitudinales

4.2.1 País

En lo referente a los estudios longitudinales, estos fueron realizados mayormente en Europa (66.6 %), específicamente en Alemania (Arndt, Stegmaier, Ziegler y Brenner, 2008; Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Sauer y Hölzel, 2004), Italia (Montebarocci, Lo Dato, Baldaro, Morsel y Rossi, 2010), Inglaterra (Hopwood et al., 2000), Escandinavia (Falk, Reinertsen, Nesvold, Fossa y Dahl, 2010) y Países Bajos (Gopie, Moniek, Timman, Marc y Tibben, 2014). Finalmente, Oceanía, África y América figuran con un estudio cada uno, en Australia (King, Kenny, Shiell, Hall y Boyages, 2000), Egipto (Shoma et al., 2009) y Estados Unidos (Bober, Giobbie-Hurder, Emmons, Winer y Partridge, 2013), respectivamente.

4.2.2 Participantes

Todos los estudios, excepto uno (Gopie et al., 2014), incluyeron un grupo de pacientes mastectomizadas sin reconstrucción y sólo tres incluyeron pacientes mastectomizadas con reconstrucción (Gopie et al., 2014; Bober et al., 2013 y Hopwood et al., 2000). Cinco estudios (Arndt et al., 2008; Engel et al., 2004; Falk et al., 2010; King et al., 2000 y Shoma et al., 2009) incluyeron un grupo de mujeres sometidas a terapia de conservación del seno, mientras que dos estudios incluyeron mujeres sanas sin cáncer (Falk et al., 2010 y Montebanocci et al., 2010) y un estudio (Bober et al., 2013) incluyó un grupo de mujeres con cáncer de seno y que no habían recibido tratamiento.

4.2.3 Edad de las participantes

El rango de edad va desde los 18 hasta los 91 años, con una edad promedio de 55.29 años.

4.2.4 Tamaño de las muestras

Cuatro estudios incluyeron muestras de hasta 100 participantes (Gopie et al., 2014; Hopwood et al., 2000; Montebanocci et al., 2010 y Shoma et al., 2009), mientras que otros cuatro, incluyeron muestras más grandes, de entre 248 y 315 participantes (Arndt et al., 2008; Bober et al., 2013; Falk et al., 2010 y King et al., 2000), y un estudio incluyó casi mil participantes (Engel et al., 2004).

4.2.5 Diagnóstico de cáncer

Un estudio incluyó pacientes diagnosticadas con cáncer desde hace un año (Engel et al., 2004), dos estudios con pacientes padeciendo cáncer desde uno

hasta menos de cinco años (Arndt et al., 2008 y Falk et al., 2010), y un estudio incluyó pacientes con más de cinco años de padecer cáncer (Gopie et al., 2014).

4.2.6 Tratamiento para el cáncer

Cuatro estudios indicaron que las pacientes tenían de tres meses a cinco años recibiendo tratamiento para combatir el cáncer (Bober et al., 2013; Gopie et al., 2014; Hopwood et al., 2000; King et al., 2000).

4.2.7 Instrumentos de evaluación de la imagen corporal

A diferencia de los estudios transversales, casi todas las investigaciones longitudinales (88.88%) emplearon instrumentos de medición previamente validados, excepto Engel et al. (2004) quienes evaluaron la imagen corporal a partir de preguntas dirigidas para este fin.

Entre los instrumentos más utilizados destaca la BIS (Falk et al., 2010; Gopie et al., 2014; Hopwood et al., 2000) y la BSS (Montebarocci et al., 2010; Shoma et al., 2009). La BITS, la ESBC-BIS, el QLQBR-23 y la SDS figuran entre aquéllos instrumentos empleados en al menos un estudio. Cabe destacar que Shoma et al. (2009) midieron varias dimensiones de la imagen corporal a partir de cuatro instrumentos (BITS, BSS, IES y SDS).

4.2.8 Principales hallazgos

Los cinco estudios que incluyeron grupo con terapia de conservación del seno encontraron mayor insatisfacción con la imagen corporal en las participantes mastectomizadas sin reconstrucción del seno (Arndt et al., 2008; Engel et al., 2004; Falk et al., 2010; King et al., 2000 y Shoma et al., 2009). Al comparar

pacientes mastectomizadas pacientes (Bober et al., 2013 y Hopwood et al., 2000), más aún, Bober et al. (2013 con y sin reconstrucción, dos estudios no encontraron diferencias entre las) no encontraron diferencias entre pacientes mastectomizadas y pacientes con cáncer de seno sin tratamiento.

Tabla 4. Características de los 30 estudios incluidos en la presente revisión

Autor	Rango de edad					Instrumento de medición	Principales hallazgos	Seguimiento
	<i>M</i> _{edad} (DE)							
	Total	Cáncer	Control					
	M-CR	M-SR	BCT					
Hopwood et al. (2000)	<i>n</i> = 49 40.1 (NI)	<i>n</i> = 45 42.3 (NI)	<i>n</i> = 4 39.9 (NI)	--	--	BIS	M-CR >	6-18 mes
Inglaterra		M-Prof	M-Prof				M-SR	
King et al. (2000)	<i>n</i> = 307	--	<i>n</i> = 44	<i>n</i> = 263	--	ESBC-	BCT	1 año
Australia			25-81 53 (14)	25-81 54 (12)		QPBS	> M-SR	
Rowland (2000)	<i>n</i> = 1957	<i>n</i> = 327	<i>n</i> = 511	<i>n</i> = 1119	--	Escala de	BCT	NA
Estados Unidos		49.4 (8.2) -- 51.1 (8.7)	58.4 (11.4) --	55.9 (11.5 - 11.6)		CARES	> M-CR y M-SR	
			59.3 (11.3)					

Tabla 4. Características de los 30 estudios incluidos en la presente revisión (continuación).

Autor	Rango de edad					Instrumento de medición	Principales hallazgos	Seguimiento
	<i>M</i> _{edad} (DE)							
	Total	Cáncer	Control					
	M-CR	M-SR	BCT					
Fung (2001)	<i>n</i> = 49	<i>n</i> = 17	<i>n</i> = 15	<i>n</i> = 17	--	5 ó 7 ítems	BCT >	NA
China		44.2 (NI)	50.4 (NI)	47.4 (NI)		de EP	M-CR y M-SR	
Holly (2003)	<i>n</i> = 64	<i>n</i> = 30	<i>n</i> = 34	--	--	BIS	SD	NA
Reino Unido	32-74 52 (10.2)	NI	NI					
Engel et al. (2004)	<i>n</i> = 988	--	<i>n</i> = 421	<i>n</i> = 567	--	Preguntas	SD	5 años
Alemania			≤ 50 (18.3%)	≤ 50 (26.1%)		del		
			50-69 (54.2%)	50-69		EORTC-		
			≥ 70 (27.6%)	(59.3%)		QLQC30		
				≥ 70 (14.6%)				

Tabla 4. Características de los 30 estudios incluidos en la presente revisión (continuación).

Autor	Rango de edad					Instrumento de medición	Principales hallazgos	Seguimiento
	<i>M</i> _{edad} (DE)							
	Total	M-CR	Cáncer M-SR	BCT	Control			
Shoma et al. (2009)	<i>n</i> = 100	--	<i>n</i> = 50	<i>n</i> = 50	--	BITS	T ₁ SD	15 días
Egipto	43-82					IES	T ₂ BCT	
	54.28 (8.84)					SDS	> M-SR	
						BSS		
Zanapalioğlu (2009)	<i>n</i> = 74	--	<i>n</i> = 15	<i>n</i> = 59	--	QLQBR23	BCT	NA
Turquía	20-65						>	
							M-SR	
Falk et al. (2010)	En 2004	--	<i>n</i> = 184	<i>n</i> = 64	<i>n</i> = 248	BIS	NI por tipo	3 años
Escandinavia	<i>n</i> = 496				sanas		de	
	P-IC (<i>n</i> = 76)						interven-	
	54.4 (7.8)						ción	

Tabla 4. Características de los 30 estudios incluidos en la presente revisión (continuación).

Autor	Rango de edad					Instrumento de medición	Principales hallazgos	Seguimiento
	M_{edad} (DE)							
	Total	Cáncer	Control					
	M-CR	M-SR	BCT					
	M-IC							
	($n = 172$)							
	55.4 (8.4)							
Fallbjörk (2010)	$n = 126$	$n = 31$	$n = 95$	--	--	PI	M-CR	NA
Suecia	36-79	52 (8.4)	64 (9.7)				>	
	61 (10.6)						M-SR	

Tabla 4. Características de los 30 estudios incluidos en la presente revisión (continuación).

Autor	Rango de edad					Instrumento de medición	Principales hallazgos	Seguimiento
	<i>M_{edad}</i> (DE)							
	Total	Cáncer	Control					
	M-CR	M-SR	BCT					
Hang (2010)	<i>n</i> = 112	<i>n</i> = 16	<i>n</i> = 20	<i>n</i> = 76	--	QLQBR23	BCT >	NA
Alemania	25-85	25-67	33-85	33-85			M-SR y M-	
	57.5 (13.9)	51.6 (11.4)	57.7 (15.3)	58.8 (13.8)			CR	
Medina-Franco (2010)	<i>n</i> = 202	<i>n</i> = 34	<i>n</i> = 52	<i>L + Rad</i> <i>n</i> = 77	--	BIS	BCT >	Post
México	54 (NI)			<i>BCT</i> <i>n</i> = 39			M-SR =	
							M-CR	

Tabla 4. Características de los 30 estudios incluidos en la presente revisión (continuación).

Autor	Rango de edad				Control	Instrumento de medición	Principales hallazgos	Seguimiento
	<i>M_{edad}</i> (DE)							
	Total	Cáncer						
	M-CR	M-SR	BCT					
Min (2010)	<i>n</i> = 260	<i>n</i> = 52	--	<i>n</i> = 104	<i>n</i> = 104	QLQBR23	BCT	NA
Korea	26-61	40.9 (6.8)		41.1 (6.6)	40.9 (6.8) Sanas		> M-CR	
Montebarocci et al. (2010)	<i>n</i> = 62 24-73	<i>n</i> = 43 46.4 (9.8)	--	--	<i>n</i> = 19 39.9 (14.0) Sanas	BSS	Sanas > M-CR	6 meses
Italia	44.6 (11.7)							

Tabla 4. Características de los 30 estudios incluidos en la presente revisión (continuación).

Autor	Rango de edad					Instrumento de medición	Principales hallazgos	Seguimiento
	<i>M_{edad}</i> (DE)							
	Total	M-CR	Cáncer M-SR	BCT	Control			
Munshi (2010) India	<i>n</i> = 225	--	<i>n</i> = 113	<i>n</i> = 142	--	QLQBR23	SD	1 día
Vázquez-Ortiz (2010) España	<i>n</i> = 90 25-59	--	<i>n</i> = 60 < 1 año 41.1 (6.7) > 1 año 42.9 (5.5)	--	<i>n</i> = 30 43.7 (7) sanas	PI	SD	NA

Tabla 4. Características de los 30 estudios incluidos en la presente revisión (continuación).

Autor	Rango de edad					Instrumento de medición	Principales hallazgos	Seguimiento
	<i>M_{edad}</i> (DE)							
	Total	M-CR	Cáncer M-SR	BCT	Control			
Agrawal (2012)	<i>n</i> = 47	--	<i>n</i> = 19	<i>n</i> = 28	--	PI	> % en	NA
India	25-74 47 (8.6)						BCT que M-SR	
Rincón (2012)	<i>n</i> = 72	<i>n</i> = 36	<i>n</i> = 36	--	--	Un Ítem	BCT	NA
España		32-60 47.75 (6.59)	30-66 51.39 (10.46)			QLQBR23 TMGSC	> M-SR	

Tabla 4. Características de los 30 estudios incluidos en la presente revisión (continuación).

Autor	Rango de edad				Control	Instrumento de medición	Principales hallazgos	Seguimiento
	<i>M_{edad}</i> (DE)							
	Total	M-CR	Cáncer M-SR	BCT				
Bober et al. (2013). Estados Unidos	26-84 49 (NI)	<i>n</i> = 76	<i>n</i> = 20		No mastectomía <i>n</i> = 208	MBRSQ	NI indica estabilidad	18 mes
Rosenberg (2013). Estados Unidos	<i>n</i> = 419 17-40 35.7 (3.9)	<i>n</i> = 161	<i>n</i> = 59	<i>n</i> = 148	<i>n</i> = 51 Aún sin cirugía	3 ítems CARES	↑ en BCT ↓ en M-CR y M-SR	NA

Tabla 4. Características de los 30 estudios incluidos en la presente revisión (continuación).

Autor	Rango de edad				Control	Instrumento de medición	Principales hallazgos	Seguimiento
	<i>M</i> _{edad} (DE)							
	Total	M-CR	Cáncer M-SR	BCT				
Gómez-Campelo (2014)	<i>n</i> = 100 18-73	<i>n</i> = 11	<i>n</i> = 19	--	<i>n</i> = 50 Cáncer ginecológico	BIS	Cáncer de seno < cáncer ginecológico	NA
España	Cáncer de seno 27-83 48.36 (13.27)	Con plan de R <i>n</i> = 20						
	Cáncer ginecológico 19-75 48.82 (14.43)							

Tabla 4. Características de los 30 estudios incluidos en la presente revisión (continuación).

Autor	Rango de edad					Instrumento de medición	Principales hallazgos	Seguimiento
	<i>M_{edad}</i> (DE)							
	Total	Cáncer	Control					
	M-CR	M-SR	BCT					
Gopie et al. (2014). Netherlands	<i>n</i> = 98 48.7 (9.2)	+ Imp <i>n</i> = 25 48.7 (9.2) + DIEP <i>n</i> = 73 49.4 (7.9)	--	--	--	BIS	↑	20 mes
Aguilar (2015) México	<i>n</i> = 120	--	<i>n</i> = 60 36-76 53.8 (11)	--	<i>n</i> = 60 Cáncer de seno sin cirugía 32-72	BIS	Problemas similares en ambos grupos.	NA

49.8

(9.5)

Notas: *M* = media, *DE* = desviación estándar; *n* = muestra; *S* = seguimiento; *M-CR* = Mastectomía con reconstrucción; *M-SR* = Mastectomía sin reconstrucción; *BCT* = Cirugía de conservación de seno; *L + Rad* = lumpectomía más radioterapia; *R* = reconstrucción; *IC* = imagen corporal; *P-IC* = pobre imagen corporal; *M-IC* = mejor imagen corporal; *CV* = Calidad de vida; *AS* = ajuste sexual; *NI* = no indica; *NA* = no aplica; *--* = no considerado; *mes* = meses; *M-Prof* = Mastectomía profiláctica; *BIS* = Body Image Scale; *ESBC-QPBS* = Modulo específico del Early Stage Breast Cancer; *EORTC-QLQC30* = European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire; *CARES* = Cancer Rehabilitation Evaluation System; *SF-36* = Medical Outcomes Study; *WSFQ* = Watts Sexual Function Questionnaire; *EP* = entrevista a profundidad; *CHQ-12* = Chinese Hhealth Questionnaire; *C* = cuestionario basado en otros instrumentos; *QLQBR23* = Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire; *PI* = Preguntas independientes; *FACT-B* = Functional Assessment of Cancer Therapy–Breast; *FACIT-B* = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Breast, *BCS* = Body Cathexis Scale; *BITS* = Breast Impact of Treatment Scale; *IES* = Impact of Event Scale; *SDS* = Situational Discomfort Scale; *BSS* = Body Satisfaction Scale; *TMGSC* = Test de Medición del Grado de Satisfacción Corporal; *MBRSQ* = The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire; *WSFQ* = Watts Sexual Function Questionnaire; *NRV* = Subescala “sexuality” de la Dutch Relationship Questionnaire; *+ DIEP* = delayed implant or deep inferior epigastric perforator; *+ Imp* = delayed implant; *>* mayor que; *↑* incremento; *↓* = impacto negativo; *SD* = sin diferencias; *t₁* = preoperatorio; *t₂* = postoperatorio; *%* = porcentaje.

Discusión y conclusiones

La mitad de los estudios han sido realizados en Europa, lo cual habla de la necesidad de implementar este tipo de estudios en América, y particularmente en México, donde el cáncer de seno es la primer causa de muerte entre las mujeres desde 2006 (INEGI, 2015).

Las muestras utilizadas en los estudios han sido muy diversas, por lo que se sugiere que en futuras investigaciones, además de mujeres mastectomizadas con y sin reconstrucción y mujeres con terapia de conservación del seno, se incluyan, mujeres con cáncer que no han recibido tratamiento, mujeres sin cáncer y mujeres con trastorno dismórfico, con la finalidad de evaluar la imagen corporal en todos los grupos en un mismo estudio.

Es de llamar la atención el hecho de que el rango de edad de las muestras va desde los 17-18 años, lo cual es preocupante, ya que el cáncer se está presentando cada vez en edades más tempranas, por lo que sería importante diseñar e implementar programas de prevención y detección temprana para estas patologías.

Los tamaños de muestra utilizados en la mayoría de los estudios revisados, permiten realizar generalizaciones respecto a los hallazgos.

Los instrumentos más utilizados para evaluar la satisfacción corporal en pacientes mastectomizadas son el Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire (QLQBR-23) y la Body Image Scale (BIS), tanto en estudios transversales como longitudinales. En este sentido, es importante la evaluación de constructos con instrumentos válidos y confiables como la BIS y el QLQBR-23.

Las mujeres mastectomizadas (con o sin reconstrucción), tienen más insatisfacción corporal en comparación con las mujeres sometidas a terapia de conservación del seno. Esto puede deberse a que, en el caso de las mujeres mastectomizadas, existe una remoción del tejido que conforma el seno, lo cual

puede provocar una pérdida de una parte del cuerpo que hace referencia a la feminidad y al atractivo físico: los senos, los cuales tienen una carga simbólica, que en la mayoría de las culturas se les atribuye, es decir, son pilares esenciales de la feminidad, el atractivo físico y la función sexual.

Por otro lado, la mayoría de los estudios concuerdan en que los niveles de insatisfacción corporal son similares entre los grupos mastectomizados, con o sin reconstrucción. Es probable que una vez que ha sido removido el seno, aunque exista reconstrucción del mismo, puede permanecer en las mujeres la idea de que su cuerpo está incompleto, provocando un incremento en la insatisfacción corporal.

Los cambios en la imagen corporal que resultan de la mastectomía se asocian con pobre autoestima, sentimientos de inseguridad, alteraciones del estado de ánimo (ansiedad y depresión), necesidad de ocultar el cuerpo, cambios en los patrones de trabajo y en las relaciones familiares y sociales. La mastectomía puede causar mayor depresión/ansiedad, más alteraciones de la imagen corporal y más baja autoestima, en comparación con la cirugía conservadora de la mama (Gómez-Campelo et al., 2014). La adaptación a la pérdida y cambios en la imagen corporal es un proceso continuo en el cual la paciente intenta dar significado a lo ocurrido, manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados y obtener el dominio o control de los cambios producidos (Lluch, Almonacid y Garcés, 2007).

El amplio rango de tratamientos usados para manejar el cáncer de mama, puede tener un impacto negativo a largo plazo en varios aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud, incluyendo la imagen corporal, el funcionamiento sexual, la satisfacción sexual y la excitación.

La insatisfacción con la imagen corporal es un tema de gran relevancia debido a su rol en el desarrollo de los trastornos alimentarios, así como por su relación con

el afecto negativo, la baja autoestima y estima corporal y con algunas conductas de riesgo para la salud, por ejemplo, el entrenamiento excesivo, las dietas rigurosas y el consumo de sustancias para perder peso (p.e. laxantes y/o diurético).

Comparativamente, el cáncer ginecológico ha recibido mucha menos atención a pesar de la alta proporción de pacientes con histerectomía/ooforectomía que informan alteraciones emocionales graves.

Referencias

- Acerbi, N. (2009). Orígenes de la cirugía plástica. Padres, pioneros y otros más. *Revista de Salud Pública*, 8(1), 47-52.
- Agrawal, S., Kumar, A. y Lal, P. (2012). Participation in decision making regarding type of surgery and treatment-related satisfaction in North Indian women with early breast cancer. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 8(2), 222-225.
- Aguilar, M. J., Mur, N., Neri, M., Pimentel-Ramírez, M. L., García-Rillo, A. y Gómez, E. (2015). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: A case study in México City. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 371-379.
- Álvarez-Rayón et al. (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública*, 11(4), 568-578.
- Anagnostopoulos, F. y Myrzianni, S. (2009). Body image of Greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 311-321.
- Arce, A., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, V. et al. (2011). Oncogúa: cáncer de mama. *Cancerología*, 77-86.
- Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler, H. y Brenner, H. (2008). Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: A population-based study. *Journal of Cancer and Research on Clinical Oncology* 134, 1311–1318.
- Atencio, et al. (2008). Insatisfacción por la imagen corporal y la baja autoestima por la apariencia física en estudiantes de la facultad de medicina de la universidad de los andes del estado Mérida Venezuela. *Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 6(1), 1-14.

- Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de Humanidades Cuadernos del Marqués de San Adrián*, 2, 1–17.
- Bober, S. L., Giobbie-Hurder, A., Emmons, K. M., Winer, E. y Partridge, A. (2013). Psychosexual functioning and body image following a diagnosis of ductal carcinoma in situ. *Journal of Sex Medicine*, 10, 370-377.
- Botella, Ribas y Benito (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal. Validación de la versión español del multidimensional body self relations questionnaire (MBSQR). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 253-264.
- Breast Cancer Organization (2016). *What is breast cancer?* Recuperado de: http://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/what_is_bc.
- Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. España: Ediciones Pirámide.
- Cash, T. F. (1991). *Body image therapy: A program for self-directed change*. Nueva York: Guilford Press.
- Cash, T. F. (2015). Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (MBSRQ). In: Wade T. (eds) *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Springer: Singapore.
- Cash, T. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva York: Guilford Press.
- Cash, T. F. y Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairburn, CH. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

- Contreras-Valdéz, J. A., Hernández-Guzmán, L. y Freyre, M. A. (2016). Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 24-31.
- Cruz-Sáez, M. S. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 935-940.
- Eiermann, W. y Böttger, S. (1999). *El cancer de mama*. (1ra ed.). España: Everest.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H. y Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal*, 10 (3), 223–231.
- Escoto, C., Bosques-Brugada, L. E., Cervantes-Luna, B. S., Camacho, E. J., Rodríguez, G. y Díaz, I. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas de la Escala de Estima Corporal en mujeres y varones mexicanos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 97-104.
- Falk, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fossa, S. D., y Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors, *Cancer*, 1, 3549-3557.
- Fallbjörk, U., Karlsson, S., Salander, P. y Rasmussen, H. R. (2010). Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Acta Oncologica*, 49, 174-179.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2), 169-180.
- Franzoi, S. L. y Shields, S. (1984). The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 173-178.

- Fung, K. W., Lau, Y., Fielding, R., Or, A. y Chun, A. W. (2001). The impact of mastectomy, breast-conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women. *ANZ Journal of Surgery*, 71(4), 202-206.
- Frager, R. y Fadiman, J. (2001). *Teorías de la personalidad*. (2da Ed.). México: Alfaomega.
- Garner, D. y Olmstead, M. P. (1984). *Eating disorder inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gómez-Campelo, P., Bragado-Álvarez, C., y Hernández-Lloreda, M. J. (2014). Psychological distress in women with breast and gynecological cancer treated with radical surgery. *Psycho-Oncology*, 23, 459–466.
- Gopie, J. P., Moniek, M. K., Timman, R., Marc, A. M. y Tibben, A. (2014). Impact of delayed implant and DIEP flap breast reconstruction on body image and sexual satisfaction: A prospective follow-up study. *Psycho-Oncology*, 23, 100-107.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Hang, J., Grothuesmann, D., Neises, M., Hille, U. y Hillemanns, P. (2010). *Archives of Gynecology Obstetric*, 282, 75-82.
- Holly, P., Kennedy, P., Taylor, A. y Beedie, A. (2003). Immediate breast reconstruction and psychological adjustment in women who have undergone surgery for breast cancer: A preliminary study. *Psychology, Health & Medicine*, 8(4), 441-452.
- Hopwood, P., Lee, A., Shenton, A., Baildam, A., Brain, A., Lalloo, F., et al. (2000). Clinical follow-up after bilateral risk reducing ('Prophylactic') mastectomy: Mental health and body image outcomes. *Psycho-Oncology*, 9, 462-472.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2015). *Cáncer de mama*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>

- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2015). *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama* (19 de octubre). Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>.
- Instituto Nacional del Cáncer (2016). *Cáncer de seno (mama)*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno>.
- Janz, N. K., Mujahid, M., Lantz, P. M., Fagerlin, A., Salem, B., Morrow, M. et al. (2005). Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Quality of Life Research*, 14, 1467–1479.
- King, M. T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J. y Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9, 789-800.
- Lluch, A., Almonacid, V. y Garcés, V. (2007). Cáncer e imagen: el duelo corporal. En Camps, C; Sanchez, P. T. (eds.). *Duelo en oncología*. Madrid: SEOM, 183-196.
- Medina-Franco, H., García-Alvarez, M. N., Rojas-García, P., Trabanino, C., Drucker-Zertuche, M. y Arcila, D. (2010). Body image perception and quality of life in patients who underwent breast surgery. *The American Surgeon*, 76, 1000-1005.
- Min, S. Y., Kim, H. Y., Jung, S., Kwon, Y., Shin, K. H. Lee, S. et al. (2010). Oncological safety and quality of life associated with mastectomy and immediate breast reconstruction with a latissimus dorsi myocutaneous flap. *The Breast Journal*, 16(4), 356–361.
- Montebarocci, O., Lo Dato, F., Baldaro, B., Morsel, P. y Rossi, N. C. F. (2008). Anxiety and body satisfaction before and six months after mastectomy and breast reconstruction surgery. *Psychological Reports*, 101, 100-106.

- Munshi, A., Dutta, D., Kakka, S., Budrukkar, A., Jalali, R., Sarin, R., et al. (2010). Comparison of early quality of life in patients treated with radiotherapy following mastectomy or breast conservation therapy: A prospective study. *Radiotherapy and Oncology*, 97, 288-293.
- Nano, M. T., Grantley, P., Kollijas, J., Bochner, A., Malycha, P. y Winefield, H. R. (2005). Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *ANZ Journal of Surgery*, 75, 940–947.
- Nieves, M, (s/f). *Seguridad de los productos. Cirugía estética*. (1ª ed.) Red de educación del consumidor. Recuperado de http://www.kontsumobide.euskadi.eus/contenidos/informacion/kb_pubs_mat_didac/es_material/adjuntos/diana_profesor_cirugia_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Cáncer de mama*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Epidemiología del cáncer de mama en las Américas*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11616%3Aworld-cancer-day-2016&catid=3788%3Acancer-events&Itemid=41707&lang=es
- Pintado, S. (2016). Funcionamiento Sexual y satisfacción con la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 84(100), 679-683.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle y Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3, 133-144.

- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. 1ª Ed. España: Pirámide.
- Raich, R. (2014). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, R. M., Torras, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5, 55-70.
- Ramos, P., Pérez, L., Liberal, S. y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, 15(16), 65-73.
- Rincón, M. E., Pérez, M. A., Borda, M. y Martín, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25-41.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E. y Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 3, 32-37.
- Rosen, J. C., Reiter, J. y Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 63(2), 263-269.
- Rosenberg, S. M., Tamimi, R. M., Gelber, S., Ruddy, K. J., Kereakoglow, S., Borges, V. F., et al. (2013). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 1849-1855.
- Rowland, J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E., Belin, T. R., Wyatt, G. E. y Ganz, P. A. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of National Cancer Institute*, 92(17), 1422-1429.

- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. (1ª ed.). España: Cedros.
- Sanchez-Carracedo, D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I. y Raich, R. M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en imagen corporal. *Psicología Conductual*, 12, 551-576.
- Salaberria, K., Borda, M., Amora, P. y Echeburúa, E. (2000). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(5), 27-43.
- Salaberría, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Cuadernos de Ciencias Médicas*, 8, 171–183.
- Sertoz, O. D., Doganavsargil, O. y Elbi, H. (2009). Body image and self-esteem in somatizing patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 508-515.
- Shoma, A. M., Mohamed, M. H., Nouman, N., Amin, M., Ibrahim, I. M, Tobar, S. S., et al. (2009). Body image disturbance and surgical decision making in Egyptian post-menopausal breast cancer patients. *World Journal of Surgical Oncology*, 7-66, 1-10.
- Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos. (2018). *Procedimientos reconstructivos*. Recuperado de: <https://www.plasticsurgery.org/reconstructive-procedures>.
- Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos. (2018). *Procedimientos estéticos*. Recuperado de: <https://www.plasticsurgery.org/cosmetic-procedures>.
- Sociedad Americana del Cáncer (2015). *Riesgo y prevención del cáncer de seno*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>
- Sociedad Americana del Cáncer (2016). *Etapas del cáncer de seno*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/etapas-del-cancer-de-seno.html>

- Sociedad Americana del Cáncer (2017a). *¿Qué es el cáncer de seno?* Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion.html>
- Sociedad Americana del Cáncer (2017b). *Tratamiento del cáncer de seno.* Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-del-seno-segun-su-etapa.html>
- Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. (2017a). *Cáncer de mama: diagnóstico.* Recuperado de: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/diagn%C3%B3stico>
- Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. (2017b). *Cáncer de mama: estadios.* Recuperado de: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/estadios>.
- Thompson, M. A. y Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personal Assessment*, 64, 258-69.
- Tung-Chieh, J., Chun-Je. C., Chen, M.D., Yun-Chan, L., Yuan-Chua., C., Chien-Yu, L. y Cheng, A. J. (2007). Health-related quality of life and patient satisfaction after treatment for breast cancer in northern Taiwan. *International Journal of Radiation Oncology Biology and Physics*, 69(1), 49-53.
- Vaquero-Cristóbal, R, Alacid, F., Muyor, J. y López-Miñarro, P. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Vázquez, R., Galán, J., Alvarez, G., Mancilla, J. M., Franco, K. y López, X. (2004). Validez del Body Shape Questionnaire en mujeres mexicanas [Resumen]. *Revista Mexicana de Psicología, Número especial*, 60.
- Vázquez-Ortiz, J., Antequera, R. y Blanco, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psycho-Oncology*, 7(2-3), 433-451.

- Velázquez, H., Vázquez, R., Mancilla, J. y Ruíz, A. (2014). Propiedades psicométricas del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, (5)2, 107-114.
- Yeo, W., Kwan, W. H., Teo, P. M. L., Nip, S., Wong, E., Hin, L. Y. et al. (2004). Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 13, 132-139.
- Zanapalioğlu, Y., Atahan, K., Gür, S., Çökmez, A. y Tarcan, E. (2009). Effect of breast conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. *The Journal of Breast Health*, 3, 152-156.