



universidad
de León

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2014/2015

Imagen corporal en mujeres con cáncer
de mama sometidas a tratamiento
quirúrgico: una revisión sistemática

*Body image in women with breast cancer
undergoing surgical treatment: a systematic review*

Realizado por: Petra Viana de Bragança Menezes
Dirigido por: Dra. Ana Isabel López Alonso

En León, a 7 de septiembre de 2015

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A

Quiero dedicar un agradecimiento especial a mi tutora, la Dra. Ana Isabel López Alonso por sus aportaciones, su paciencia y sobre todo el tiempo dedicado a hacer posible este trabajo.

Gracias por todo.

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Resumo.....	5
1. Introducción.....	6
Marco Teórico.....	6
El cáncer.....	8
Incidencia del cáncer de mama.....	8
Tratamientos.....	9
Tratamiento quirúrgico	9
Técnicas quirúrgicas y reconstrucción mamaria.....	10
2. Metodología	11
Estrategia	11
Criterios de inclusión y exclusión	11
Calidad metodológica y extracción de datos	11
3. Resultados y discusión.....	12
4. Conclusiones.....	16
5. Referencias Bibliográficas	18
6. Anexos y Tablas.....	21
6.1. Anexo I	21
6.2. Tabla I.....	22
6.3. Tabla II.....	23
6.4. Tabla III.....	24
6.5. Tabla IV	38

Resumen

Objetivo: el objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática para identificar, a través de la evidencia empírica, los factores que han sido estudiados y que se relacionan o influyen en la imagen corporal de las mujeres sometidas a cirugía radical de mama con reconstrucción mamaria o no.

Diseño: revisión bibliográfica sistemática según los criterios PRISMA.

Metodología: búsqueda de artículos publicados entre los años 2005-2015, escritos en español, portugués y/o inglés en las bases de datos específicas Cuiden Plus, Web of Science (WoS), PubMed y Cochrane.

Resultados: fueron incluidos 16 documentos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y, además, al evaluar la calidad metodológica han obtenido valoraciones positivas. La mayoría de estudios concuerdan en que la percepción de la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas está influenciada por muchas variables, tanto objetivas (sociodemográficas) como subjetivas (perceptuales, cognitivas, afectivas, conductuales) y que aquellas mujeres a las que se les practica una reconstrucción mamaria, en general, mejoran la percepción sobre su imagen, al entender que vuelven a estar “completas”.

Conclusiones: cualquier mujer diagnosticada de cáncer de mama, ya antes incluso de la mastectomía, puede estar en riesgo de vivir un trastorno de imagen corporal, siendo las jóvenes a las que hay que prestar mayor atención y facilitarles el apoyo psicológico y social pertinente. Es preciso seguir investigando hasta conseguir una escala que mida de forma precisa el constructo de “imagen corporal”. Serían necesarios estudios longitudinales que permitieran realizar la valoración y comparación de la imagen corporal de la mujer antes del diagnóstico y su evolución a lo largo de todo el proceso (diagnóstico y tratamiento).

Palabras clave: mastectomía, cáncer de mama, imagen corporal.

Abstract

Aim: the aim of this study is to conduct a systematic review to identify, through empirical evidence, the factors that have been studied and which are related or affect the body image of women undergoing radical breast surgery with or without breast reconstruction.

Design: systematic review accord to PRISMA criteria.

Methods: an exhaustive search of articles was carried out, published between years 2005 and 2015, written in spanish, portuguese and/or english in the specifics database Cuiden Plus, Web os Science (WoS), PubMed and Cochrane.

Results: it was included a total of 16 documents which fulfilled the inclusión and exclusión criteria and moreover, in assessing methodological quality they have earned positive reviews. Most studies agree that the perception of women's body image is influenced by many variables, both objective (demographic) and subjective (perceptual, cognitive, emotional, behavioral) and those women who undergo breast reconstruction, in general, improve the perception of her image, understanding she return to be "complete".

Conclusions: any woman diagnosed with breast cancer, even before the mastectomy, may be at risk of living a body image disorder, with young ones to which we should pay more attention and provide the appropriate psychological and social support. Further research is needed to achieve a scale that accurately measures the construct of "body image". It would require longitudinal studies that allow performing the assessment and comparison of body image of women before diagnosis and its evolution throughout the process (diagnosis and treatment).

Key words: mastectomy, breast cancer, body image.

Resumo

Objetivo: o objetivo deste trabalho é a realização de uma revisão bibliográfica para identificar, a través da evidencia empírica, os fatores que foram estudados e que se relacionam ou influenciam a imagem corporal das mulheres submetidas à cirurgia radical da mama com ou sem reconstrução.

Desenho: revisão bibliográfica sistematizada de acordo com os criterios PRISMA.

Metodologia: busca de artigos publicados entre os anos 2005 e 2015, escritos em espanhol, português e/ou inglês a través das bases de dados específicas Cuiden Plus, Web of Science (WoS), PubMed e Cochrane.

Resultados: foram incluídos 16 documentos que cumpriram os criterios de inclusão e exclusão, que, ao avaliar a qualidade metodológica, obtiveram pontuações positivas. A maioria dos estudos concordam em que a percepção da imagen corporal das mulheres mastectomizadas está influenciada por muitas variables, tanto objetivas (sociodemográficas) como subjetivas (perceptivas, cognitivas, afetivas, comportamentais) e que aquelas mulheres que se submetem a reconstrução mamaria, geralmente, melhoram a percepção sobre sua imagen corporal, quando entendem que voltam a estar “completas”.

Conclusões: qualquer mulher diagnosticada de câncer de mama, antes até da mastectomia, pode estar em risco de sofrer um transtorno de imagen corporal, sendo as mais jóvenes a quem há que prestar maior atenção e facilitar o apoyo psicológico e social relevante. É necessário continuar investigando até conseguir uma escala que meça precisamente o construto de “imagen corporal”. São necessários estudos longitudinais que permitam realizar a avaliação e a comparação da imagen corporal da mulher antes do diagnóstico e a evolução ao longo do proceso (diagnóstico e tratamento).

Palavras chave: mastectomia, câncer de mama, imagen corporal.

1. Introducción

Marco Teórico

Vivimos en un mundo marcado por los ideales estéticos de la belleza, en el cual gastamos cada vez más dinero en la apariencia física. En la sociedad actual estamos muy preocupados por la estética, lo que hace que las mujeres vivan su cuerpo de forma distinta a la de años atrás. Eso nos lleva a pensar que la mutilación de una o ambas mamas podría tener un impacto psicológico negativo en la imagen corporal de las mujeres (Fonseca, Lencaste y Guerra, 2014).

Los sentimientos de la mujer hacia su imagen pueden cambiar en función de distintas variables, en este trabajo nos interesa enfocar la imagen corporal dentro del proceso de cáncer de mama con cirugía, ya que coincidimos con la reflexión de Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2007), al pensar que las mujeres que no se someten a reconstrucción mamaria tienen peores resultados de imagen corporal que aquellas que sí se someten a dicha cirugía (Sebastián y cols., 2007). El tipo de cirugía influye directamente en la imagen corporal de la mujer pudiendo llevarla a niveles muy altos de ansiedad, depresión y baja autoestima, siendo necesaria la presencia de factores que puedan protegerla como puede ser el apoyo social y el sentido del humor para que su bienestar emocional sea verdadero (Cucarella, 2013).

La definición más clásica de la imagen corporal, la realizó Schilder (1935) quien la identifica como la “imagen que forma nuestra mente de nuestro cuerpo; el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta” (citado en Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013, p.28).

Posteriormente Fischer (1986) presenta un concepto “más dinámico de imagen corporal relacionándola con los sentimientos y actitudes hacia el cuerpo” (como se cita en Raich 2004, p.16). Y años más tarde Rosen (1995) redefine la imagen corporal como “la manera en la que uno ve, siente y percibe su propio cuerpo, actuando en consecuencia de ello” (como se cita en Raich, 2004, p.16). De ahí que desde este momento, ya este autor y posteriormente otros (Raich, 2004 y Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007) hayan relacionado la imagen corporal con distintos aspectos o variables como pueden ser la satisfacción/insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad, aspectos conductuales entre otros, además de los socioculturales y demográficos, dejando entrever lo complejo de la descripción de este constructo.

Años más tarde, Segura-Valverde, García-Nieto y Gutiérrez (2014), citando a Raich (2000), rediseña el concepto de imagen como la percepción del cuerpo completo y de sus partes, también del movimiento, la experiencia personal de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que se hacen y que se sienten y cómo se

comporta uno en función de los conocimientos y los sentimientos que experimenta, siendo ésta una de las definiciones de imagen corporal más aceptadas.

De la Serna (2004) (como se cita en Vaquero-Cristóbal y cols., 2013, p.28) describe la imagen corporal en base a los diferentes componentes que la configuran e influyen, además de los sociodemográficos, según la calificación siguiente:

- Perceptual: percepción total o de partes del cuerpo.
- Cognitivo: valoraciones sobre el cuerpo o parte de él.
- Afectivo: sentimientos y actitudes hacia el cuerpo o una parte de él.
- Conductual: comportamientos llevados a cabo a partir de la percepción.

Otro aspecto a tener en cuenta es el que pone de manifiesto Cash en 1990 afirmando que “la imagen corporal implica: perceptivamente imágenes y valoraciones sobre el tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; y emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa” (como se cita en Raich, 2004, p.17).

Finalmente, y teniendo en cuenta las conclusiones a las que llega Testal y Calderón (2013) en su investigación sobre las alteraciones en la imagen corporal, existen multitud de elementos que participan en la percepción de la misma y entre ellos están: a) elementos perceptivos, cuyos cuales al alterarse distorsionan la imagen corporal, b) elementos afectivos que están estrechamente relacionados con los grados de satisfacción/insatisfacción con el propio cuerpo y también con las emociones vinculadas a la valoración del cuerpo en su peso, figura, por partes o totalmente, c) elementos cognitivos que pueden sobrevalorar el ideal de belleza y afectar la creencia de valía personal relacionada con el cuerpo y d) elementos conductuales que pueden ir desde evitación (dejar de salir, no mostrar el cuerpo, evitar contacto sexual, no mirarse al espejo), restricción (mirarse al espejo sola, mantener distancias con otras personas), búsqueda de seguridad (preguntar a los demás por el defecto, hablar sólo con personas expertas en el tema), hasta la comprobación (observar si los demás se fijan en el “defecto”, mirarse en todas las superficies, retocarse el pelo, tocar el defecto...).

El libro de diagnósticos enfermeros NANDA (2012-2014), define el trastorno de la imagen corporal como “confusión en la imagen mental del yo físico” que tiene por características definitorias expresar sentimientos negativos sobre el cuerpo (p.ej.: sentimientos de desamparo, desesperanza, impotencia), expresar temor a la reacción de los otros, preocupación por la pérdida, rechazo a verificar un cambio real, conductas de evitación del propio cuerpo, expresar tener percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal, cambios en la implicación social, no tocar una parte del

cuerpo, ocultamiento intencionado de una parte del cuerpo. Los factores relacionados con esas características son la cirugía, en ese caso, del cáncer de mama, factores de cambios del desarrollo, en ese caso el cáncer de mama, factores culturales, en ese caso cómo influye el contexto social en la percepción de la imagen de una misma.

Por otro lado, los investigadores se enfrentan al reto del diseño de escalas psicométricas para medir el significado de la imagen corporal. La literatura carece de escalas estandarizadas que se utilicen para medir únicamente la imagen corporal. Se ha encontrado que la mayoría de autores desarrollan sus propias escalas en función de las necesidades de su investigación, recogen ítems de otras escalas ya validadas y añaden algunos dependiendo del objetivo de cada investigación. Al mismo tiempo, la literatura es muy vaga a la hora de definir cuál es la escala o cuestionario que mejor mide la imagen corporal, puede ser por eso por lo que los investigadores todavía no han dado con la escala óptima. Tal y como apuntan Sebastián y cols. (2007), el hecho de no existir una escala única hace que la generalización de resultados sea muy complicada, además de ello destacan lo subjetiva que es la imagen corporal como concepto ya que algunas veces se solapa con la sexualidad.

Y por último, surge una pregunta ¿la experiencia de la imagen corporal y su constructo es transcultural o no? Aguilar-Cordero, Neri-Sánchez, Mur-Villar y Gómez-Valverde (2013) refieren que las mujeres mexicanas, en su contexto social, valoraron más negativamente su imagen corporal al compararse con las españolas, pero dicho estudio no profundiza en el trasfondo de la transculturalidad.

Las investigaciones lo que aportan y dejan meridianamente claro es que el concepto de imagen corporal es claramente diverso y sus componentes responden a una multidimensionalidad de aspectos de los que dependen, y por ello la gran subjetividad del mismo y el gran desafío que tienen los investigadores por delante.

El cáncer

El cáncer es el proceso de división anormal y alterada de las células de nuestro cuerpo que a la larga desencadenará la formación de un nódulo o un tumor (Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], 2012). La proliferación anormal puede diseminarse por el cuerpo mediante invasión (penetración directa en tejidos vecinos) o metástasis (invasión de tejido sano a través del torrente sanguíneo o sistema linfático) (Cruzado, 2010). Se denomina cáncer de mama al proceso por el cual ese tumor maligno empieza su desarrollo en el tejido mamario, generalmente conductos y lobulillos (National Institute of Health [NIH], 2015).

Incidencia del cáncer de mama

Mundialmente, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres, representando el 16% de todos los cánceres femeninos (World Health Organization [WHO],

2015). En España, el cáncer de mama es el primer cáncer más frecuente entre las mujeres y tiene cifras a 5 años de incidencia de 29% (25.215 casos), mortalidad 15.5% (6.075 casos) y prevalencia de 40.8% (104.210 casos) (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2014). Se diagnostican 26.000 nuevos casos al año (AECC, 2014) y la distribución geográfica de la incidencia es que en Cataluña hay 83.9 casos/ 100.000 habitantes contrastando negativamente con la media nacional que se sitúa en 50.9 casos/ 100.000 habitantes.

Tratamientos

Los tratamientos del cáncer son la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, la hormonoterapia y la inmunoterapia o terapia biológica (Cruzado, 2010). Para el cáncer de mama, actualmente, se necesita un protocolo de tratamiento que se compone, básicamente de: edad, estado general, estado hormonal (pre-menopáusica o menopáusica), localización del tumor, estadio de la enfermedad (TNM- tumor, nº de ganglios afectados, presencia o no de metástasis) (Cruzado, 2010), receptores hormonales del tumor, grado de células, positividad para factores biológicos (AECC, 2014).

Una vez definidos los datos para el protocolo terapéutico, los tratamientos más comunes para el cáncer de mama son: cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia, de los cuales, en este estudio nos interesa la cirugía. Los tratamientos locales son aquellos que inciden directamente sobre el tumor en el origen (p. ej. cirugía y radioterapia), los tratamientos sistémicos son los que al administrarse, afectan al organismo entero (p. ej. quimioterapia y hormonoterapia), los tratamientos adyuvantes son los tratamientos (locales o sistémicos) aplicados una vez se ha hecho el primer tratamiento, tiene carácter profiláctico y se utiliza para reducir las recidivas. Y por último los tratamientos neo-adyuvantes que son tratamientos sistémicos antes del tratamiento local con la finalidad de disminuir el tamaño del tumor (p. ej. quimioterapia antes de la cirugía). (AECC, 2014)

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico es la primera opción de tratamiento para los diagnósticos de cáncer de mama en estadios iniciales. El tipo de cirugía se decide en función de: tamaño, localización y extensión del tumor. Puede ser: tumorectomía (extirpación del tumor), cuadrantectomía (extirpación del cuadrante mamario donde se aloja el tumor) y mastectomía (extirpación de toda la mama). Las técnicas quirúrgicas varían desde cirugía conservadora, mastectomía radical modificada o radical, cirugía axilar, linfadenectomía y ganglio centinela. (AECC, 2014).

Técnicas quirúrgicas y reconstrucción mamaria

A continuación resaltaremos lo más importante de las técnicas de cirugía conservadora y mastectomía radical modificada y radical.

La cirugía conservadora es una técnica quirúrgica de extirpación del tumor y de tejido sano de alrededor. La tumorectomía y la cuadrantectomía son ejemplos de cirugías conservadoras y para decidirse por esta técnica se valoran factores como localización, tamaño, estética, etc. La tendencia actual es que se utilice esta técnica para tratar el cáncer de mama (AECC, 2014).

La mastectomía es una técnica más invasiva, dura y con consecuencias psicológicas más negativas para la mujer. Consiste en extirpar toda la mama y tiene dos modalidades:

- Mastectomía radical modificada: se extirpa la mama, todos o la mayoría de ganglios linfáticos axilares y también la membrana que recubre los músculos del pecho (NIH, 2015). Es la más utilizada (AECC, 2014).
- Mastectomía radical o mastectomía radical de Halsted (NIH, 2015). Se extirpa la mama, los músculos del pecho y todos los ganglios linfáticos ubicados debajo del brazo. Es una técnica considerada únicamente cuando el tumor se ha expandido hacia los músculos del pecho (NIH, 2015). Fue muy utilizada en el pasado pero hoy en día, debido a los efectos secundarios en la imagen corporal, en la movilidad del brazo, posibles edemas, etc. ya no es la técnica de primera elección (AECC, 2014).

La reconstrucción mamaria es una técnica quirúrgica para mejorar la estética de la mujer. Puede ser inmediata tras la mastectomía o diferida. En general esta reconstrucción suele conseguir un estado de ánimo positivo en la misma. Otra opción para las mujeres que no quieren volver a someterse a otra cirugía son las prótesis externas con adaptación para sujetadores (AECC, 2012).

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática para identificar, a través de la evidencia empírica, los factores que han sido estudiados y que se relacionan o influyen en la imagen corporal de las mujeres sometidas a cirugía radical de mama con reconstrucción mamaria o no.

2. Metodología

Para este estudio se ha optado por una metodología de revisión bibliográfica, siguiendo los criterios de la declaración PRISMA (Urrutia y Bonfil, 2010).

Estrategia

Se han buscado artículos en las bases de datos on-line específicas como Cuiden Plus, Web of Science (WoS), PubMed y Cochrane Plus utilizando las siguientes palabras clave en español, portugués e inglés: *mastectomía AND “cáncer de mama” AND “imagen corporal”/ mastectomia AND “câncer de mama” AND “imagem corporal”/ mastectomy AND “breast cancer” AND “body image” como parte de los criterios de inclusión y exclusión. A modo de ejemplo de estrategia de búsqueda en la base de datos PubMed la búsqueda con las palabras clave “mastectomy” AND “breast cancer” AND “body image” arrojó 46 resultados. El anexo I explica en diagrama de flujo los estudios seleccionados.*

Dicha búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en los meses de marzo y abril de 2015 y la traducción simple del inglés al español se hizo durante los meses de mayo y junio del mismo año, dejando los meses de junio, julio y agosto para la elaboración de este trabajo.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión del estudio para la revisión bibliográfica fueron: intervalo de publicación 2005-2015, texto completo de acceso libre, idioma de la publicación inglés, español y portugués, inclusión de palabras clave en el título y en el resumen, y una breve lectura de éste en los estudios encontrados para saber si cumplían estos criterios.

Se han excluido cualesquier documentos que no cumplieren con los criterios de inclusión definidos en el párrafo anterior, además de artículos que estudiaran la cirugía profiláctica sin diagnóstico de cáncer de mama.

En total se dispone de 18 artículos para realizar esta revisión, y todos ellos cumplen los criterios de inclusión y exclusión fijados anteriormente.

Calidad metodológica y extracción de datos

La calidad de los estudios seleccionados se ha valorado mediante instrumentos específicos para dicho fin. La valoración de los estudios cualitativos siguió los criterios del Center for Evidence-Based Management (CEBMA) con las preguntas de valoración plasmadas en la tabla II (anexo 6.3). La valoración de estudios cuantitativos siguió los criterios, también de la CEBMA compuesto de 12 preguntas de valoración expresadas en la tabla IV (anexo 6.5).

3. Resultados y discusión

Tras la búsqueda bibliográfica y siguiendo el protocolo de búsquedas, en total se encontraron 262 resultados (46 pertenecientes a la búsqueda en PubMed, 182 en la Web of Science- WoS-, 13 en Cuiden Plus y 21 en la Biblioteca Cochrane Plus). De este total, 28 se eliminaron al tratarse de duplicados. Al revisar el título y el resumen, del total restante (234), se excluyeron 209 documentos por no adecuarse ni el título ni el resumen al objetivo de esta revisión. De los 25 documentos a texto completo elegidos, 7 se descartaron por no cumplir los criterios de inclusión fijados en el apartado anterior. En total se seleccionaron 18 artículos para desarrollar esta revisión, siendo 2 de ellos investigaciones cualitativas y 16 cuantitativas. De estos últimos artículos escogidos, tras la evaluación de calidad, se decidió eliminar 2, por la baja calidad metodológica dejando una selección final de 16 documentos (tabla I: 1 artículo cualitativo y tabla III: 15 artículos cuantitativos).

En Cuiden Plus, con acceso desde la Universidad de León, se han encontrado 13 documentos con la búsqueda de palabras clave en español, de los cuales no se ha elegido ninguno puesto que no cumplían los criterios de inclusión establecidos. Para las palabras clave en inglés y en portugués, no fueron arrojados resultados.

En Web of Science (WoS), también con acceso desde la Universidad de León, se han encontrado 10 documentos para la búsqueda con las palabras clave en español, de los cuales se ha elegido un total de 3, descartando 2 duplicados. Para la búsqueda con palabras clave en portugués, se encontraron 5 documentos de los cuales 3 eran duplicados y los otros 2 no satisfacían los criterios de inclusión. La búsqueda con palabras clave en inglés arrojó un total de 172 documentos, de los cuales 11 eran duplicados y la elección final se compuso de 5 artículos.

En PubMed, igualmente con acceso desde la Universidad de León, para la búsqueda con las palabras clave en español y en portugués, no se han arrojado resultados. Para la búsqueda con las palabras clave en inglés, se ha encontrado un total de 49 documentos de los cuales 39 se han descartado por duplicados y se han tenido en cuenta 10.

En la Biblioteca Cochrane Plus, la búsqueda con las palabras clave en inglés generó 19 resultados de los cuales no se ha elegido ninguno puesto que no cumplían los criterios de inclusión. Con las palabras clave en español se ha encontrado 2 resultados de los cuales ninguno de los dos fueron considerados interesantes y, por último, la búsqueda con las palabras clave en portugués no generó resultados.

Los estudios revisados utilizaron varios diseños entre ellos transversales, prospectivos, longitudinales, de cohortes, comparativos, etc., pero todos ellos fueron descriptivos. De

cada artículo se extrajo la información contenida en los resultados, relativa a las diferentes variables que influyen en la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas, reconstruidas o no.

A continuación, se resume esta información de manera cualitativa siguiendo la categorización que realizan Vaquero-Cristóbal y cols. (2013).

En el estudio cualitativo seleccionado, la imagen corporal se muestra a través de las diferentes razones por las que una mujer mastectomizada decide o no la reconstrucción mamaria y de las propias vivencias y e influencias en algunos aspectos de su vida afectiva.

Además el estudio sostiene que entre las variables sociodemográficas que más peso tiene a la hora de la reconstrucción o no, están la edad, el nivel de estudios y el socio económico. Así, las mujeres que decidieron no reconstruirse tenían 10 años más (51.7 años de media) que las que sí lo hicieron (Shameen, Yip y Fong, 2008).

En cuanto a los aspectos, perceptivo, cognitivo, afectivo y conductual, Shameen y cols. (2008) afirman que las mujeres que deciden no reconstrucción, lo hacen por miedo a otra cirugía, a complicaciones y que la reconstrucción no era fundamental para su bienestar, no siendo significativas estadísticamente, las diferencias entre unas y otras respecto al grado de satisfacción vital.

Para poder plasmar la información de los estudios cuantitativos, se ha decidido hacer una organización a modo de coherencia para poder entender mejor los resultados.

Imagen corporal y características sociodemográficas:

En los estudios que referencian las variables sociodemográficas como influencia en la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama se ha encontrado que las mujeres mastectomizadas tienen una edad superior a las mujeres reconstruidas o que se conservaron la mama (Adachi, Ueno, Fujioka, Fujitomi y Ueo, 2007; Aguilar-Cordero y cols., 2015; Chang y cols., 2014; Collins y cols., 2011; Fallbjork, Karlsson, Salander y Rasmussen, 2010; Fallbjork, Rasmussen, Karlsson y Salander, 2013; Fonseca y cols., 2014; Rincón, Pérez, Borda y Martín, 2012).

También se ha encontrado en algunos estudios la influencia del nivel socioeconómico en la imagen corporal. Las mujeres mastectomizadas que tuvieron problemas en su imagen corporal fueron amas de casa y pertenecían a clase social media (Aguilar-Cordero, y cols., 2013; Aguilar-Cordero y cols., 2015; Fallbjork y cols., 2010; Mahapatro y Parkar, 2005; Rincón y cols., 2012). Estos autores defienden que los bajos ingresos económicos y la falta de actividad laboral influyen negativamente en la imagen corporal de las mujeres mientras que mantenerse activas al trabajar fuera de casa y poseer un nivel económico más alto

ayuda a la mujer a sobrellevar su situación. Contrariamente, Chang y cols. (2014) puso de manifiesto que las mujeres con alguna actividad laboral o social presentaron peor imagen corporal.

La influencia del nivel educativo en la imagen corporal fue puesta de manifiesto por algunos autores, los cuales defienden que un mayor nivel de estudios es un factor que ayuda a la mujer a entender mejor su nueva imagen y, a corto plazo, aceptarse, para no desarrollar un trastorno de imagen corporal futuro. Lo contrario hace con que la mujer tenga peor imagen corporal (Aguilar-Cordero y cols., 2013; Chang y cols., 2014; Fallbjork y cols., 2010; Frierson, Thiel y Andersen, 2006; Fonseca y cols., 2014; Moreira y Canavarro, 2010; Rincón y cols., 2012).

Imagen corporal y tipo de cirugía:

La mayoría de estudios cuantitativos que referencian la imagen corporal y el tipo de cirugía coinciden en que las pacientes que se han sometido a mastectomía presentan una imagen corporal de sí mismas distorsionada, pobre, en comparación con aquellas mujeres que se han reconstruido (Adachi y cols., 2007; Aguilar-Cordero y cols., 2013; Chang y cols., 2014; Falk-Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fossa y Dahl, 2010; Fonseca y cols., 2014; Frierson y cols., 2006; Moreira y Canavarro, 2010; Mahapatro, Parkar, 2010; Rincón y cols., 2012; Rosenberg y cols., 2013; Sebastián y cols., 2007).

Contrariamente, Collins y cols. encontró en su estudio que a los 6 meses tras la cirugía, quienes presentaban peor imagen corporal fueron las reconstruidas en vez de las mastectomizadas, en resumen, esta investigadora encontró que los problemas de imagen corporal aparecieron en las mujeres mastectomizadas y reconstruidas. Hallazgos similares fueron encontrados en el estudio de Fallbjork y cols. (2013) que mostraron que a los 2 años de seguimiento (3 años tras la mastectomía) la imagen corporal no había sufrido cambios y era la misma que a los 10 meses de la mastectomía.

Interesante el estudio de Aguilar-Cordero y cols. (2015) en el cual encuentra que un más de la mitad de las mujeres que todavía no se habían sometido a mastectomía tenía problemas con su imagen corporal y se veían a sí mismas incompletas.

Imagen corporal y componentes perceptual, cognitivo, afectivo y conductual:

En cuanto a los componentes clasificados por Vaquero-Cristóbal y cols. (2013) se ha encontrado que la imagen corporal fue una preocupación significativa para las mujeres mastectomizadas (Mahapatro y Parkar, 2005). Éstas sufrieron más estrés por el cambio corporal (Frierson y cols., 2006), no valoraron tanto la apariencia física para sus parejas como las reconstruidas (Adachi y cols., 2007), presentaron peor calidad de vida física y

angustia mental (Falk-Dahl y cols., 2010), sufrieron vergüenza y menos satisfacción corporal (Moreira y Canavarro, 2010), estaban insatisfechas con la zona del pecho (Rincón y cols., 2012), se preocuparon por los cambios de peso que sufrieron y su influencia en la imagen corporal (Rosenberg y cols., 2013), desarrollaron depresión, lo que afectó la satisfacción con la vida de las mastectomizadas (Fonseca y cols., 2014).

4. Conclusiones

Tras realizar esta revisión se puede concluir que cualquier mujer diagnosticada de cáncer de mama, ya antes incluso de la cirugía, puede tener riesgo de trastorno de imagen corporal, pero son las mujeres mastectomizadas en general, y en particular las jóvenes, a las que hay que prestar una mayor atención, detectando lo antes posible este trastorno de la imagen y facilitarles el apoyo psicológico y social necesario para minimizar en lo posible su aparición o en su caso los recursos que las permiten hacerle frente.

Las mujeres más jóvenes valoran más su apariencia física ya que está cargada de erotismo hacia sus pechos, lo que puede empujar a la mujer a dar mayor importancia a la pérdida de éstas partes, y al verse diagnosticadas de cáncer de mama cuyo tratamiento es la mastectomía prefieren reconstruirse para volver a verse como antes, “completas” según sus propios comentarios.

Tan importante como el seguimiento fisiológico de la mujer diagnosticada de cáncer de mama es el seguimiento psicológico de la percepción de su imagen corporal. Si ésta no cuenta con los recursos protectores a nivel de madurez, creencias, apoyo familiar... debería incluirse en un programa psicológico que la permita mejorar su imagen corporal.

La valoración del problema o “trastorno de la imagen corporal” es muy compleja ya que está influenciada por multitud de variables (sociodemográficas, perceptuales, cognitivas, afectivas, conductuales, apoyo familiar...), muchas de ellas subjetivas, y no hemos encontrado una escala que esté lo suficientemente consensuada y validada en diferentes muestras, culturas, etc.

El tipo de cirugía también es un factor clave para la percepción de la imagen corporal de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. La cirugía con peores resultados de imagen corporal ha sido la mastectomía en la gran mayoría de casos.

La importancia de este estudio radica en que se ha podido confirmar que no hay suficientes estudios longitudinales que sean capaces de definir la percepción que una mujer tiene sobre su imagen corporal a lo largo de todo el proceso, es decir, antes del diagnóstico, durante y después del diagnóstico y tratamiento, y después de la cirugía.

También se ha podido confirmar que es necesario confeccionar un instrumento estándar, validado y fiable, puesto que cada investigador crea su propio instrumento a partir de otros validados y lo valida en su población, lo que dificulta o imposibilita la tarea de extrapolar los resultados.

Este estudio tiene limitaciones tales como el abordaje del tema estudiado que enfoca un tipo de tratamiento quirúrgico y no engloba todos los tipos de cirugía del cáncer de mama, como puede ser la cirugía profiláctica, y también podría considerarse limitación el posible sesgo de selección de los estudios, puesto que se recomiendan dos revisores a la hora de hacer la selección de estudios; sin embargo, las normas del Máster Universitario

en Investigación en Ciencias Socio-Sanitarias de la Universidad de León obliga a los estudiantes a hacer el trabajo de forma individual.

Los futuros estudios que se lleven a cabo sobre imagen corporal y cirugía de cáncer de mama deben conceptualizar lo que es la imagen corporal, abordar las edades a las que se les practica la cirugía y su relación con la sexualidad y atractivo físico, estudiar el contexto social en el cual se encuentran estas mujeres e intentar, en la medida de lo posible, introducir investigaciones longitudinales ya que es a partir de ellas como se podrá empezar a ver si existen cambios en la imagen corporal, sus características, y cómo actúan las mujeres frente a ellos.

5. Referencias Bibliográficas

- Asociación Española contra el Cáncer (AECC). [Internet] 2014. [acceso 17 de julio de 2015]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/Incidencia.aspx>.
- Asociación Española contra el Cáncer (AECC). [Internet] 2012. [acceso 17 de julio de 2015]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/reconstruccionmama/Paginas/reconstruccionmama.aspx>.
- Adachi, K., Ueno, T., Fujioka, T., Fujitomi, Y., y Ueo, H. (2007). Psychosocial Factors Affecting the Therapeutic Decision-making and Postoperative Mood States in Japanese Breast Cancer Patients who underwent Various Types of Surgery: Body Image and Sexuality. *Jpn J Clin Oncol*, 37(6), 412-418. doi:10.1093/jjco/hym041.
- Aguilar-Cordero, M. J., Neri-Sánchez, M., Mur-Villar, N., y Gómez-Valverde, E. (2013). Influence of the social context on the body image perception of women undergoing breast cancer surgery. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1453-1457.
- Aguilar-Cordero, M. J., Villar, N. M., Sánchez, M. N., Pimentel-Ramírez, M. L., García-Rillo, A., y Valverde, E. G. (2015). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 371-379. doi:10.3305/nh.2015.31.1.7863.
- Blanco-Sánchez, R. (2010). Feminine body image and sexuality in women with breast cancer. *Index de Enfermería*, 19(1).
- Center for Evidence-Based Management (CEBMA). [Internet]. [acceso 20 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.cebma.org/frequently-asked-questions/what-is-critical-appraisal/>.
- Chang, O., Choi, E., Kim, I., Nam, S., Lee, J. E., Lee, S. K., . . . Cho, J. (2014). Association between Socioeconomic Status and Altered Appearance Distress, Body Image, and Quality of Life Among Breast Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(20), 8607-8612. doi:http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.20.8607.
- Collins, K. K., Liu, Y., Schootman, M., Aft, R., Yan, Y., Dean, G., Eilers, M., y Jeffe, D. B. (2011). Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat.*, 126(1), 167-176. doi:10.1007/s10549-010-1077-7.
- Cruzado, J. A. (2010). *Introducción: El cáncer*. En *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer* (pp. 11-34). Madrid: Síntesis.

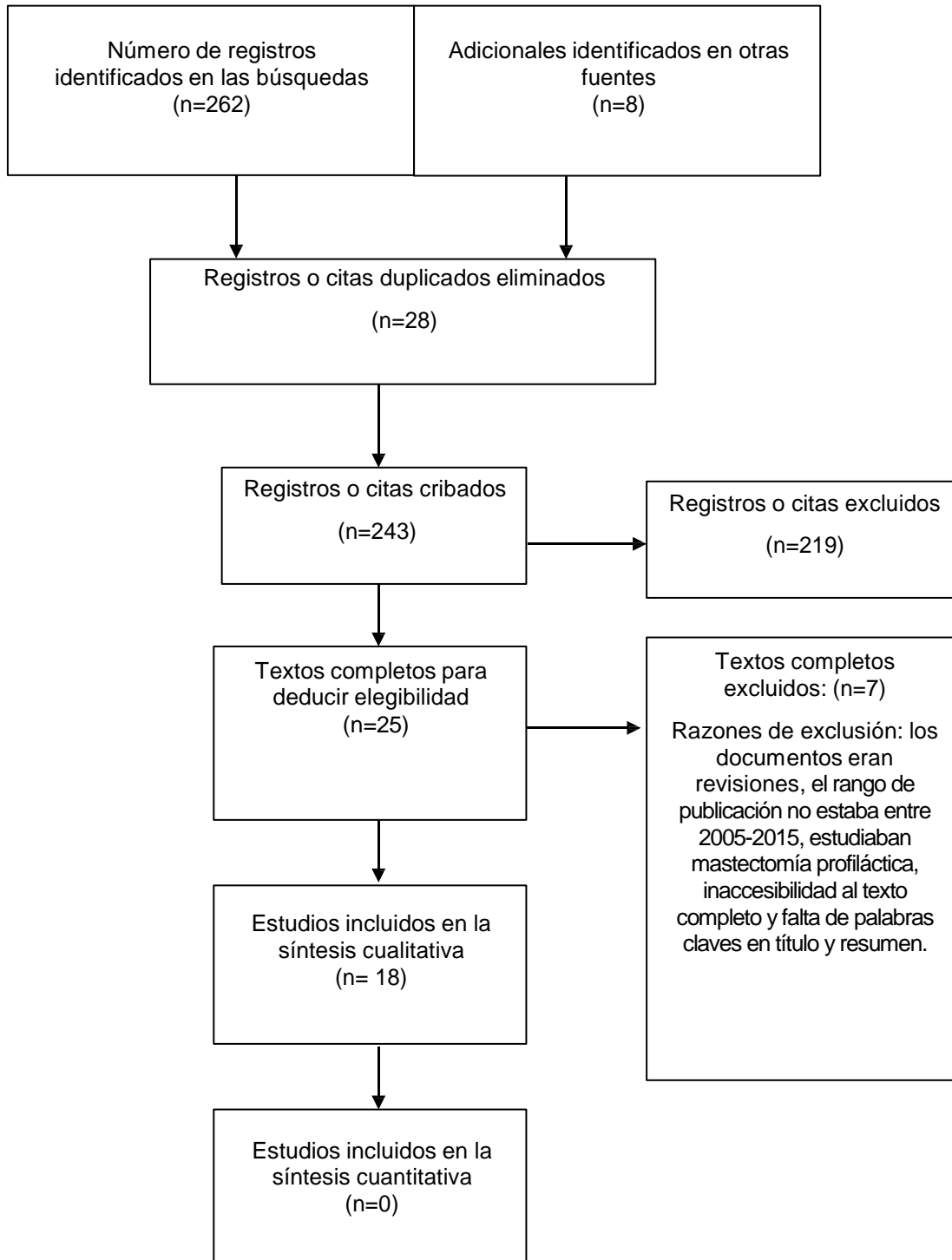
- Cucarella, M. S. P. (2013). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama*. (Tesis no publicada Tesis Doctoral). Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.
- Fallbjork, U., Karlsson, S., Salander, P., y Rasmussen, B. H. (2010). Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Acta Oncologica*, 49, 174-179. doi:10.3109/02841860903490069.
- Fallbjork, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., y Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 17(3), 340-345. doi:10.1016/j.ejon.2012.09.002; 10.1016/j.ejon.2012.09.002.
- Falk-Dahl, 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. *American Cancer Society*, 116, 3549-3557. doi:10.1002/cncr.25251.
- Fonseca, S., Lencastre, L., y Guerra, M. (2014). Life Satisfaction in Women with Breast Cancer. *Paidéia*, 24(59), 295-303. doi:10.1590/1982-43272459201403.
- Frierson, G. M., Thiel, D. L. y Andersen, B. L. (2006). Body Change Stress for Women With Breast Cancer: The Breast-Impact of Treatment Scale. *Ann Behav Med*, 32(1), 77-81.
- Mahapatro, F., y Parkar, S. R. (2005). A comparative study of coping skills and body image: Mastectomized vs. lumpectomized patients with breast carcinoma. *Indian J Psychiatry*, 47(4), 198-204. doi:10.4103/0019-5545.43051
- Moreira, H., y Canavarro, M. C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European journal of oncology nursing*, 14, 263-270. doi:10.1016/j.ejon.2010.04.001.
- NIH: Instituto Nacional del Cáncer. [Internet] 2015 [acceso 20 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>.
- NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2012-2014; Herdman T.H. (ED); copyright © 2012, 1994-2012 NANDA International; used by arrangement with John Wiley & Sons, Limited. [acceso 01 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.catoute.unileon.es/nanda/118>.
- Raich, R. M. (2004). Una Perspectiva desde la Psicología de la Salud de la Imagen Corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Rincón, M. E., Pérez, M. A., Borda, M., y Rodríguez, A. M. (2012). The impact of breast reconstruction on self-esteem and body image in patients with breast cancer. *Univ. Psychol.*, 11(1), 25-41.

- Rosenberg, S. M., Tamimi, R. M., Gelber, S., Ruddy, K. J., Kereakoglow, S., Borges, V. F., Come, S. E., Schapira, L., Winer, E. P., y Partridge, A. H. (2013). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psychooncology*, 22(8), 1849-1855. doi:10.1002/pon.3221.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S.(2007). Percepción de la Imagen Corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., y Mateos, N. (2007). Body image and self-esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.
- Segura-Valverde, M., García-Nieto, R., y Gutiérrez, L. A. S. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*, 11(1), 45-57. doi:10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44916.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). [Internet] 2014 [acceso 20 de julio de 2015]. Las cifras del cáncer en España. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf.
- Shameem, H., Yip, C. H., y Fong, E. (2008). Immediate Breast Reconstruction after mastectomy - Why do Women Choose this option? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 9, 409-412.
- Testal, J. F. R., y Calderón, M. C. S. (2013) Introducción. En Testal, J. F. R. (coord.), *Alteraciones de la imagen corporal* (pp. 17-55). Madrid: Síntesis.
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. A. (2013). Body Image: Literature Review. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. doi:10.3305/nh.2013.28.1.6016.
- World Health Organization (WHO). [Internet] 2015. [acceso 20 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>.

6. Anexos y Tablas

6.1. Anexo I

Diagrama de flujo de los estudios seleccionados:



6.2. Tabla I

Tabla característica de los estudios cualitativos

Título, autores	Año	Tipo de estudio	Muestra (N) y características de la muestra	Aspectos estudiados	Instrumentos utilizados	Resultados
Shameen, Yip y Fong.	2008	Descriptivo transversal	N= 136 pacientes malasia, siendo 23 sometidas a reconstrucción inmediata.	Por qué las pacientes eligen reconstruirse inmediatamente o no.	Entrevistas semi-estructuradas	<p>Edad media: reconstruidas 41.6 años. No reconstruidas 51.7 años.</p> <p>Razones para no reconstruirse: miedo a otra cirugía, miedo de complicaciones, no era esencial para su bienestar físico/emocional.</p> <p>Razones para reconstruirse: sentirse entera, recuperar feminidad, sentirse equilibrada y poder usar cualquier ropa sin cohibición.</p> <p>Diferencias no significativas en cuanto a la satisfacción entre ambos grupos: no reconstruidas 79.6% y reconstruidas 87% (p= 0.416).</p>

6.3. Tabla II

Calidad metodológica de los estudios cualitativos¹

	Shameen, Yip y Fong, 2008
¿Abordó el estudio una pregunta/ problema claramente enfocado?	√
¿Es el método de investigación (diseño del estudio) apropiado para responder a la pregunta de investigación?	√
¿Fue el contexto descrito con claridad?	√
¿Cómo se llevó a cabo el trabajo de campo? ¿Fue descrito en detalle? ¿Los métodos de recogida de datos se describen con claridad?	√
¿Podría la evidencia (notas de trabajo de campo, transcripciones de entrevistas, grabaciones, análisis documental, etc.) ser inspeccionados de forma independiente por otros?	√
¿Son los procedimientos para el análisis de datos fiables y teóricamente justificados? ¿Se utilizan medidas de control de calidad?	X
¿Fue el análisis repetido por más de un investigador para garantizar la fiabilidad?	X
¿Los resultados son creíbles, y si es así , ¿son relevantes para la práctica?	√
¿Son las conclusiones justificadas por los resultados?	√
¿Son las conclusiones del estudio transferibles a otros contextos?	√

¹Símbolos: √ Sí; X No

6.4. Tabla III

Tabla característica de los estudios cuantitativos

Autor/es, año	Tipo de estudio	Muestra (N) y características de la muestra	Aspectos estudiados	Instrumentos utilizados	Programas de intervención (si los hay)	Resultados
Mahapatro y Parkar, 2005	Estudio descriptivo, comparativo, longitudinal	<p>75 pacientes indias, asignadas al azar a dos grupos (50 mastectomizadas y 25 tumorectomizadas).</p> <p>Edad media mastectomizadas 42 ± 7.14 años.</p> <p>Edad media tumorectomizadas 42.74 ± 6.23 años.</p>	<p>Preocupaciones de ambos grupos;</p> <p>Mecanismos de supervivencia y alteraciones de imagen corporal en ambos grupos;</p> <p>Preocupaciones, mecanismos usados y alcance de la resolución de problemas;</p> <p>Nivel de ansiedad y depresión en ambos grupos.</p>	<p>Entrevista estructurada;</p> <p>Lista de control de Devlen para preocupación y afrontamiento (Checklist);</p> <p>HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).</p>		<p>Imagen corporal como preocupación significativa sólo en mastectomizadas (78%- en 39 de 50).</p> <p>Tumorectomizadas conservaron su percepción de feminidad al conservarse la mama.</p> <p>Como estrategia de afrontamiento, las mastectomizadas utilizaron impotencia (32%) para la preocupación por la imagen corporal.</p>
Frierson, Thiel y Andersen, 2006	Estudio descriptivo, transversal.	<p>194 pacientes americanas en estadio II (90%) o III (10%) de cáncer de mama.</p> <p>Edad media 50 años.</p> <p>45% (86 de 194) conservación de mama (BCT) y 56% (108 de 194) mastectomía (MRM).</p>	Estrés por cambio corporal.	<p>BSS (escala de satisfacción corporal) para imagen corporal);</p> <p>IES (escala de impacto de eventos) para estrés y angustia traumática relacionada con el cáncer;</p> <p>POMS (perfil de estados de ánimo)</p>		<p>MRM mayor estrés por cambio corporal que BCT. Comparaciones entre MRM con (n= 35) y sin (n= 73) reconstrucción inmediata no significativa (p>0.40).</p> <p>El estrés por el cambio corporal disminuyó al año siguiente pero la magnitud fue pequeña (20%). Estabilidad en el</p>

				para ánimo negativo; CES-D (escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos) para estado de ánimo negativo; Creación del BITS (Breast- Impact Treatment Scale)		estrés por cambio corporal. BITS medida válida de estrés por cambio corporal tras cirugía.
Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007	Estudio descriptivo, comparativo, longitudinal.	188 mujeres españolas intervenidas de cáncer de mama (edad media 48 años- 27-65 años-). Grupo 1 (27-44 años); Grupo 2 (45-54 años) y Grupo 3 (55-65 años). De 188, 107 era el grupo intervención y 81 era el grupo control (post-tratamiento 188 personas y seguimiento 175). 65 mujeres se sometieron a mastectomía y 121 a tumorectomía. No se procedió a reconstrucción.	Eficacia de un programa de intervención sobre mejora de imagen corporal y autoestima (comprobar grupos en 3 momentos: pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento); Influencia de variables socioeconómicas y médicas en la imagen corporal y autoestima en cada momento temporal. Medida pre-tratamiento: entre 10 y 15 días de la operación y 1 semana antes de resultados de anatomía patológica. Tras los resultados se les ofrecía participación activa (intervención) o	Cuestionario sociodemográfico; Cuestionario de Imagen Corporal (mayor puntuación, mayores problemas); Escala de Autoestima de Rosenberg (1965); Variables médicas: tumorectomía con/sin linfadenectomía y mastectomía son o sin linfadenectomía; quimioterapia (con tamoxifeno), radioterapia (con tamoxifeno), quimio+radioterapia con/sin tamoxifeno y sólo tamoxifeno.	En cinco bloques: i) preparación para quimioterapia donde se enseñaban técnicas de distracción); ii) educación para la salud donde se enseñaban los cuidados necesarios; iii) imagen corporal dónde se hablaba de las preocupaciones y la aceptación de la nueva imagen, también se daba información sobre reconstrucción; iv) manejo de estrés y habilidades de afrontamiento personal donde se enseñan estrategias activas de afrontamiento y v) habilidades de comunicación y establecimiento de metas donde se motiva a la	En pre-tratamiento, no hubo diferencias entre ambos grupos e imagen corporal ($p>0.05$). Sobre la eficacia del Programa, la puntuación de imagen corporal aumentó para el grupo de intervención en las 3 medidas. En post-tratamiento, las mujeres participantes del Programa tuvieron imagen corporal más positiva. En seguimiento, a los 6 meses, mujeres participantes tenían imagen corporal más positiva. No hubo efecto significativo para imagen corporal y variables sociodemográficas (edad, estado civil,

			<p>pasiva (control).</p> <p>2ª medida (post-tratamiento): tras la aplicación del Programa de Intervención, entre 20 días y 1 mes después del final del Programa (\pm 3 meses tras la operación).</p> <p>3ª medida (seguimiento): a los 6 meses del fin del programa (9 meses tras la operación).</p>		<p>planificación de metas, solución de problemas y mantenimiento del espíritu de lucha.</p>	<p>estudios y trabajo) en las tres medidas.</p> <p>Para variables médicas e imagen corporal en pre-tratamiento, las tumorectomizadas tenían mejor imagen corporal que las mastectomizadas. Lo mismo pasó en post-tratamiento y en seguimiento.</p>
<p>Adachi, Ueno, Fujioka, Fujitomi y Ueo, 2007</p>	<p>Estudio descriptivo, comparativo, transversal.</p>	<p>102 pacientes japonesas con tratamiento quirúrgico: 25 (24.5%) mastectomía (MAS); 66 (64.7%) conservación de mama (BCT) y 11 (10.8%) preservación de piel y reconstrucción inmediata (IBR).</p> <p>Edad media: 53 años \pm 9.8 (R= 28-75).</p>	<p>Influencia de factores psicosociales (auto-imagen y sexualidad) en la toma de decisiones terapéuticas y los factores que afectan en estado de ánimo de mujeres japonesas.</p>	<p>Cuestionario de toma de decisiones para el cáncer de mama de Stanton, Estes, Estes, Cameron, Danoff-Burg y Irving (1998) base para el cuestionario de 8 ítems para estimar el valor de factores de la toma de decisiones.</p> <p>SV-POMS (shortened version- profile of mood states) de Urakawa y Yokoyama (2005) para estado de ánimo actual.</p> <p>GSES (General Self Efficacy Scale) de Sakano y Tohjoh (1986) base para evaluar la auto-</p>		<p>Diferencias significativas en estimación de valor de apariencia física, auto-evaluación de feminidad, atractivo para pareja, relación positiva con pareja y juicio de la pareja.</p> <p>IBR valoran más apariencia física y su atractivo para la pareja que MAS y BCT. IBR valoran más la relación positiva con la pareja y MAS y BCT valoran más la opinión de la pareja.</p> <p>Media de edad MAS 55.20\pm8.78 años, BCT 52.08\pm9.74 años, IBR 40.64\pm6.68 años.</p> <p>IBR mayor importancia</p>

				<p>eficacia actual.</p> <p>Información del médico, grado de control sobre decisión, grado de satisfacción con tratamiento quirúrgico, condición física actual y medida de apoyo social actual.</p>		<p>a la apariencia física, atractivo para pareja y auto-evaluación de feminidad y sexualidad, lo que se puede relacionar con edad.</p> <p>Estado de ánimo IBR más negativo que el de MAS, puede ser porque pacientes japonesas crean que sólo MAS cura radicalmente el cáncer.</p> <p>La edad influyó negativamente en el estado de ánimo.</p> <p>La condición física ayuda a controlar el ánimo negativo.</p> <p>El apoyo social disminuye el ánimo negativo tras el tratamiento.</p>
Fallbjork, Karlsson, Salander y Rasmussen, 2010	Estudio descriptivo, comparativo de la población	126 mujeres suecas (31 hicieron reconstrucción- BR-) entre 36- 71 años (edad media 61 años)	La experiencia de vivir sin un seno, el proceso de toma de decisión a favor o en contra de la reconstrucción (BR)	Cuestionario "life After Mastectomy" (LAM) para experiencia de vivir sin un seno y el proceso en pro o en contra de la reconstrucción (BR).		De las 126 mujeres participantes (36-79 años), 31 (25%) se reconstruyó y tenían una media de edad de 52 años. Las no-BR tenían 64 años. La mayor proporción de BR tenía más de 10 años de estudios ($p=0.007$) y fueron empleadas ($p=0.029$).

						<p>El grupo BR puntuó más alto en factores de imagen corporal atractivo ($p=0.035$) y revelación del cuerpo ($p=0.043$) implicando impacto negativo de la mastectomía.</p> <p>Reconstrucción mamaria se relacionó con <u>edad más joven</u> (diferencia media de 12 años), siendo lo que explica la mayoría de diferencias entre reconstruidas (BR) y no reconstruidas (no-BR).</p>
Falk-Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fossa y Dahl, 2010	Estudio descriptivo, transversal y longitudinal, prospectivo	<p>248 mujeres noruegas BCS (supervivientes de cáncer de mama), sometidas a mastectomía radical modificada (MRM) 74% ($n=184$) y a conservación 26% ($n=64$) que participaron en dos encuestas (2004 y 2007).</p> <p>Grupo de estudio: subgrupo de BCS participantes dos veces en encuesta longitudinal (1º en 2004, después en</p>	Aspectos de la imagen corporal de BCS.	<p>BIS (Body Image Scale) para determinar cambios en la imagen corporal de pacientes de cáncer. Puntuación más alta, imagen corporal más pobre;</p> <p>Cuestionario de Fatiga de Chalder et al. (1993) para prevalencia de síntomas de fatiga. Puntuación más alta, más fatiga;</p> <p>SF-36 (Encuesta de salud de estudios de resultados médicos-</p>		<p>En 2004: 76 BCS (31%) tenían peor imagen corporal;</p> <p>Mujeres con peor imagen se sometieron a MRM y querían someterse o se habían sometido a reconstrucción. También tuvieron peor salud auto-percibida, fatiga crónica y angustia mental. La calidad de vida física se asoció con peor imagen corporal.</p> <p>De 2004- 2007: 67 BCS (27%) tuvieron peor imagen corporal en</p>

		<p>2007). En 2004, 318 retornaron BCS (sin tumor) retornaron la encuesta. En 2007 se invitó a 310 de las 318.</p> <p>Se utilizó un grupo control de la muestra poblacional (sin cáncer de mama).</p>		<p>forma corta) para calidad de vida general (PCS- puntuación componente físico y MCS- puntuación componente mental);</p> <p>QLQ-BR23 (de la Organización europea para la investigación y tratamiento del cáncer) específico para calidad de vida en cáncer de mama;</p> <p>HADS (Hospital anxiety and depression scale) para ansiedad y depresión.</p>		<p>2007. Entre las 76 BCS con peor imagen corporal en 2004, 52 (68%) seguían teniéndola en 2007 y 24 (32%) la mejoró.</p> <p>Entre las 172 BCS con buena imagen corporal en 2004, 15 (9%) cambió a peor en 2007 y 157 (91%) mantuvo mejor imagen corporal. La imagen permaneció estable en el tiempo (3 años).</p> <p>Mayor puntuación en BIS 2004 predijo peor imagen corporal en 2007.</p> <p>Imagen corporal en BCS difería muy poco de la imagen corporal del grupo control sin cáncer.</p>
<p>Moreira y Canavarro, 2010</p>	<p>Estudio descriptivo, longitudinal, de cohortes, prospectivo</p>	<p>56 mujeres portuguesas con diagnóstico primario de cáncer de mama, sin tratamiento neoadyuvante antes de cirugía, sin metástasis o recurrencia local, sin enfermedades psiquiátricas actuales y mayores de 18 años.</p>	<p>Cambios en la imagen corporal a lo largo de la enfermedad (T1 periodo justo después de la cirugía - 2-4 días-y T2 6 meses después del tratamiento);</p> <p>Relación entre dimensiones de imagen corporal en T1 e indicadores de adaptación en T2;</p>	<p>DAS24 (Escala de Apariencia de Derriford 24) de Carr et al. (2005), para inhibición a causa de la apariencia. Mayor puntuación, mayor incomodidad con apariencia;</p> <p>ESS (Experience of Shame Scale) traducida por Moreira y Canavarro (2008) para vergüenza</p>		<p>Sólo la vergüenza corporal aumentó con el tiempo.</p> <p>Tener mastectomía predijo cohibición por apariencia y satisfacción con apariencia.</p> <p>Aumento de niveles de MS (relevancia motivacional- esfuerzo para mejorar o mantener atractivo-) se relacionó con menos</p>

			<p>Predictores de dimensiones emocionales y evaluativas de imagen corporal.</p>	<p>corporal en los últimos 3 meses. Mayor puntuación, mayor vergüenza;</p> <p>ASI-R (Appearance Schemas Inventory-Revised) de Cash et al. (2004) para la inversión en apariencia (SM-relevancia motivacional y SES-relevancia de auto-evaluación). Puntuación más alta, más inversión en apariencia;</p> <p>WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life- Bref) para calidad de vida. Puntuaciones más altas, mayor calidad de vida;</p> <p>HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) para ajuste emocional. Puntuaciones más altas, más sintomatología.</p> <p>Satisfacción con la apariencia en 1 sólo ítem.</p>		<p>cohibición y vergüenza corporal y mayor satisfacción en T2.</p> <p>Invertir mucho en apariencia tiene impacto negativo en fase de recuperación.</p> <p>Tener mastectomía se relacionó con mayor vergüenza corporal y menos satisfacción con apariencia en T2 al compararse con conservación de mama.</p> <p>La imagen corporal no predice ajuste psicosocial.</p>
--	--	--	---	---	--	--

<p>Collins, Liu, Schootman, Aft, Yan, Dean, Eilers y Jeffe, 2011</p>	<p>Estudio descriptivo, longitudinal, de cohortes</p>	<p>549 de 772 pacientes americanas, edad media 58 años, 65% BCS (conservación de mama), 12% mastectomía, 23% mastectomía con reconstrucción.</p>	<p>Impacto de tratamientos quirúrgicos y severidad de efectos secundarios quirúrgicos en estadios tempranos (0- IIA) en la imagen corporal de las pacientes en el tiempo.</p> <p>Entrevistas en las 4-6 semanas (T1) tras la cirugía definitiva, en los 6 meses (T2), 12 meses(T3) y 24 meses (T4).</p>	<p>CARES (Cancer Rehabilitation Evaluation System) base para cuestionario de imagen corporal;</p> <p>Índice de Charlson base para medir comorbilidad;</p> <p>BAI (Beck Anxiety Inventory) para evolución de ansiedad la última semana;</p> <p>CES-D (Center for Epidemiologic Studies- Depression) para síntomas depresivos la semana anterior</p>	<p>Mujeres mastectomizadas reconstruidas eran más jóvenes, casadas y con algún estudio universitario.</p> <p>Más problemas de imagen corporal en más jóvenes (diferencias significativas atenuadas en 4-6 semanas, 6 meses y 12 meses tras cirugía entre mastectomizadas reconstruidas y BCS).</p> <p>En T2 (6 meses tras cirugía) la imagen corporal de mastectomizadas reconstruidas fue peor que la de mastectomizadas, eso no fue evidente un año después de la cirugía.</p> <p>En T4 (24 meses tras cirugía) no hubo diferencias significativas en la imagen corporal por tipo de cirugía.</p> <p>Problemas de imagen corporal más significativos en mastectomizadas y reconstruidas que en BCS (atenuados al ajustar por gravedad de efectos secundarios</p>
--	---	--	---	--	--

						quirúrgicos).
Rincón, Pérez, Borda y Martín, 2012	Estudio descriptivo, correlacional, transversal	<p>72 pacientes españolas divididas en 2 grupos: Grupo 1 mastectomía sin reconstrucción y Grupo 2 reconstrucción post-mastectomía.</p> <p>Ambos grupos se dividieron en sub-grupos: subgrupo 1 mastectomía simple unilateral sin reconstrucción (n=18); subgrupo 2 (n=18) mastectomía radical modificada unilateral sin reconstrucción; subgrupo 3 (n=18) reconstrucción inmediata y subgrupo 4 (n=18) reconstrucción diferida.</p> <p>G1: edad media 51.39±10.46 años (30-66);</p> <p>G2: edad media 47.75±6.59 años (32-60).</p>	Nivel de satisfacción con el resultado estético, autoestima, imagen corporal se diferencia según tipo de cirugía (mastectomía unilateral o reconstrucción)	<p>Encuesta psicosocial basada en la versión española de Sandín, Valiente, Chorot, Olmedo y Santed (2002) del Cuestionario de Personalidad;</p> <p>Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)-EAR;</p> <p>EORTC QLQ-BR23 de Sprangers et al. (1996) para la calidad de vida en el cáncer de mama;</p> <p>Test de medición del grado de satisfacción corporal de Raich, Torres y Sánchez-Carracedo (2001) para calificar cada parte del cuerpo por separado de 0 a 10</p>		<p>Mujeres reconstruidas estaban más satisfechas con el resultado de la intervención ($p<0.05$), tenían menor deterioro de la imagen corporal ($p<0.01$) y mejor valoración del pecho/tórax ($p<0.01$).</p> <p>Las mastectomizadas estaban más insatisfechas con su pecho ($p<0.01$). El transcurso del tiempo desde diagnóstico y desde la operación ha mejorado la imagen corporal, mejorando su deterioro.</p> <p>En los 2 subgrupos de mastectomizadas no hubo diferencias significativas con satisfacción con resultados estéticos ni con el grado de satisfacción corporal.</p>

<p>Aguilar-Cordero, Sánchez, Villar y Valverde, 2013</p>	<p>Estudio descriptivo, observacional, transversal</p>	<p>72 mujeres (30 mexicanas y 42 españolas); Edad media ESP 53.6 años (28-35); MEX 54.5 años (36-76); 66.7% de las mastectomizadas ESP trabajaban frente a 43.3% de las MEX.</p>	<p>Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal</p>	<p>BIS (Body Image Scale) de Hopwood</p>		<p>63.3% de las mastectomizadas MEX percibieron su imagen más negativamente frente al 38.1% de las ESP ($p < 0.05$); El contexto social influye en la percepción así como las variables sociodemográficas, el nivel de estudios (más información) y la actividad laboral lo que ayudó a percibir la imagen más positivamente en las mujeres ESP. También el sistema de salud español ayuda a tener mejor aceptación de la nueva imagen.</p>
<p>Fallbjork, Rasmussen, Karlsson y Salander, 2013</p>	<p>Estudio longitudinal, prospectivo, de seguimiento</p>	<p>De las 663 mujeres suecas diagnosticadas en 1 año, 148 (22%) sufrieron mastectomía. Tras 10 meses (T1) se envió un cuestionario al total de mastectomizadas, el 70% respondió (104/148). 2 años después (T2) (3 tras la mastectomía), a 95 se les envió el seguimiento (9 habían muerto), devolviéndolo</p>	<p>Efectos a largo plazo de la cirugía en la imagen corporal (seguimiento 2 años): experiencia de feminidad, atractivo para una misma y sus parejas, comodidad con apariencia, sexualidad y comodidad relacional</p>	<p>LAM (Life After Mastectomy): fiabilidad $r = 0.46$; $p = 0.02$; $\alpha_4 = 0.85$</p>		<p>En T2, 16 mujeres se reconstruyeron (BR), edad media 53 años vs edad media de no reconstruidas (no-BR) 63 años, $p < 0.001$. Las mujeres reconstruidas son más jóvenes que las no reconstruidas y no hay más diferencias en ningún aspecto entre mujeres BR y no-BR. La percepción de la imagen corporal entre los 2 años (T1- T2) no</p>

		un total de 81/95 (85%). De ese total, 5 fueron eliminados dejando una muestra de 76 mujeres				había sufrido cambios. Parece que la percepción es la misma a los 10 meses después y 3 años después de la intervención, habiendo tendencia positiva. La mayoría de elementos de la imagen corporal adoptó una valoración más positiva con el tiempo, aunque no fue significativa. En los elementos de imagen corporal en T2, no hubo diferencias significativas entre los grupos BR y no-BR.
Rosenberg, Tamimi, Gelber, Ruddy, Kereakoglow, Borges, Come, Schapira, Winer y Partridge, 2013	Estudio prospectivo, descriptivo, de cohortes	419 mujeres americanas con cáncer de mama diagnosticado antes de los 40 años y menos de 6 meses antes de la inclusión en estudio. Edad media al diagnóstico: 35,7 años, 38% tuvo mastectomía con reconstrucción y 12% aún no se había operado al iniciar el estudio.	Diferencias relacionadas con el tratamiento en la preocupación por la imagen corporal entre mujeres jóvenes; Si algunos efectos secundarios físicos y emocionales se asocian con imagen corporal independientemente del tratamiento.	CARES (Cancer Rehabilitation Evaluation System) para imagen corporal, a mayor puntuación, más preocupación por la imagen corporal; HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) para síntomas depresivos y de ansiedad.		Tiempo medio desde diagnóstico hasta tratamiento quirúrgico: 5,1 meses tumorectomizadas y 5,6 meses mastectomizadas con reconstrucción y 5,7 meses sólo mastectomizadas. Tipo de cirugía se asoció significativamente ($p < 0.0001$) con las diferencias en las

						<p>puntuaciones CARES entre las cohortes. Tumorectomizadas, CARES más bajo, menos problemas de imagen corporal.</p> <p>Dolor músculo esquelético ($p < 0.0001$), ansiedad ($p = 0.0001$) y depresión ($p < 0.0001$) se asoció con peor imagen corporal.</p> <p>El aumento de peso ($p = 0.01$) y la pérdida de peso ($p = 0.02$) se asociaron con mayor preocupación por imagen corporal, así como el tipo de cirugía ($p < 0.0001$).</p> <p>Las mujeres con conservación de mama tienen menos trastornos de imagen corporal, lo que disminuye el riesgo de trastornos a corto plazo.</p>
--	--	--	--	--	--	--

<p>Fonseca, Lencastre y Guerra, 2014</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal, correlacional</p>	<p>55 mujeres portuguesas sometidas a cirugía (edad media 54.33±11.03 años (R= 32-79), divididas en dos grupos: tumorectomizadas (n=26) 47.3%, edad media 55.31±8.33 años y mastectomizadas (n=29) 52.7%, edad media 53.45±13.08.</p>	<p>La relación entre satisfacción con la vida, optimismo, imagen corporal y depresión en mujeres mastectomizadas y tumorectomizadas.</p>	<p>Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos;</p> <p>AA-SV (Auto-Atualização- Sentido da Vida) por Guerra (1992) para medir sentido de la vida;</p> <p>Escala de Optimismo por Barros de Oliveira (1998) para actitudes optimistas hacia el futuro;</p> <p>Escala de Imagen Corporal (BIS) adaptada por Samico (2007) para los cambios en el cuerpo después del cáncer;</p> <p>HADS adaptada por Pais-Ribeiro et al. (2007). Sólo se usó la sub-escala de depresión;</p> <p>Escala de satisfacción con la vida (ESV) adaptada por Neto (1993) para satisfacción con la vida en juicio cognitivo (excluye componente afectivo).</p>		<p>Mayor alteración en imagen corporal se asoció con menor satisfacción con la vida.</p> <p>Mujeres con mayor sentido de la vida, más optimistas, con mejor imagen corporal y con menos depresión están mejor adaptadas.</p> <p>Mastectomizadas tenían más trastornos de imagen corporal comparadas con tumorectomizadas.</p> <p>Depresión y trastornos de imagen corporal de mujeres mastectomizadas afectan negativamente la satisfacción con la vida, comparadas con tumorectomizadas.</p> <p>Diferencias en la imagen corporal donde el trastorno es más evidente en mastectomizadas.</p>
--	--	---	--	---	--	---

<p>Chang, Choi, Kim, Nam, Lee, Lee, Im, Park y Cho, 2014</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal</p>	<p>305 pacientes coreanas, edad media 47.7± 8.1 años; 48.4% entre 40-49años. 45.8% mastectomizadas.</p>	<p>Impacto de la situación económica en la angustia por la apariencia alterada, imagen corporal y calidad de vida (CV)</p>	<p>Escala de efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama del Instituto Nacional del Cáncer para medir angustia por apariencia alterada; EOTRC-QLQ C30 para medir CV global EORTC-QLQ C30 BR23 para imagen corporal</p>	<p>Peor imagen corporal en mujeres empleadas o socialmente activas, bajo nivel educativo y con ingresos más bajos y en mastectomizadas comparadas con tumorectomizadas. Situación socioeconómica se relacionó con angustia por imagen corporal (por apariencia alterada). Tipo de cirugía se asoció con imagen corporal: mastectomizadas tuvieron peor imagen corporal comparadas con tumorectomizadas en hasta 10 puntos (p<0.05).</p>
<p>Aguilar-Cordero, Villar, Sánchez, Pimentel-Ramírez, Garcí-Rillo y Valverde, 2015</p>	<p>Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal</p>	<p>120 mujeres mexicanas: G1: 60 mujeres que no habían recibido tratamiento G2: 60 mujeres con mastectomía y quimioterapia, TRH (reemplazo hormonal) o radioterapia el año previo. Edad media G1: 49.8±9.5 años (32-72); G2: 53.8±11 años (36-76)</p>	<p>Relación entre imagen corporal y depresión</p>	<p>BIS (Body Image Scale) BDI-II (Beck's Depression Inventory) para existencia y grado de depresión (≤13= depresión- leve, moderada o severa)</p>	<p>Diferencias significativas entre depresión y percepción de imagen corporal en G1 (p<0.05), mayor puntuación negativa en pérdida de feminidad y en percepción de integridad física por la imagen distorsionada incluso antes de mastectomía. En G2: valoración negativa de satisfacción con apariencia.</p>

6.5. Tabla IV

Calidad metodológica de los estudios cuantitativos²

	Mahapatro y Parkar, 2005	Frierson, Thiel y Andersen, 2006	Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007	Adachi, Ueno, Fujioaka, Fujitomi y Ueo, 2007	Fallbjork, Karlsson, Salander y Rasmussen, 2010	Falk-Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fossa y Dahl, 2010	Moreira y Canavairo, 2010	Collins, Liu, Schootman, Aft, Yan, Dean, Eilers y Jeffe, 2011	Rincón, Pérez, Borda y Martín, 2012	Aguiar-Cordero, Sánchez, Villar y Valverde, 2013	Fallbjork, Rasmussen, Karlsson y Salander, 2013	Rosenberg, Tamimi, Gelber, Ruddy, Kereakoglow, Borges, Come, Schapira, Winer y Partridge, 2013	Fonseca, Lencastre y Guerra, 2014	Chang, Choi, Kim, Nam, Lee, Lee, Im, Park y Cho, 2014	Aguiar-Cordero, Villar, Sánchez, Pimentel-Ramírez, Garcí-Rillo y Valverde, 2015
¿Abordó el estudio un problema claramente enfocado?	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√
¿Es el método de investigación (diseño del estudio) apropiado?	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	X	√
¿Hubo suficientes sujetos (empleados, equipos, divisiones, organizaciones) para establecer que los hallazgos no ocurren por casualidad?	X	√	√	X	√	√	√	√	X	X	√	√	√	√	√
¿Estaban los sujetos asignados al azar al grupo experimental y el control? Si no es así, ¿podría haber introducido sesgo?	√	√	X √	X √	√	X √	√	X √	√	X √	X X	X √	X √	√	X X
¿Se utilizan criterios objetivos de inclusión/	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

exclusión?															
¿Fueron los dos grupos comparables al inicio del estudio?	X	X	X	X	X	√	√	√	√	X	√	X	X	X	X
¿Fueron utilizados criterios de resultado objetivos e imparciales?	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
¿Son métodos de medición objetivos y validados que utilizan para medir el resultado?	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
¿Es el efecto del tamaño relevante en la práctica?	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
¿Fueron dados intervalos de confianza?	X	X	X	X	X	X	X	√	X	X	X	X	X	X	X
¿Podría haber factores de confusión que no se han contabilizado?	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

²Símbolos: √ Sí; X No



universidad
de león