

Imagen Corporal y su Influencia en la Calidad de Vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción

Andrea Cecilia Gargantini^{1*}; Leandro Martín Casari^{2,3}

Recibido: el 9 de enero de 2019 / Aceptado el 7 de marzo de 2019

Resumen: Objetivo: Analizar Imagen Corporal y su influencia en Calidad de Vida en mujeres que han tenido una mastectomía para el tratamiento del cáncer de mama, con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción mamaria. Método: Se administró la Escala de Imagen Corporal (S-BIS) y el Inventario de Influencia de imagen corporal sobre calidad de vida (BIQLI-SP) a 30 mujeres, divididas en tres grupos: Reconstrucción inmediata (n=10); Reconstrucción diferida (n=10) y Sin reconstrucción (n=10). Resultado: Las mujeres con reconstrucción inmediata obtuvieron valores inferiores de problemática con la imagen corporal y superiores en calidad de vida relacionada con imagen corporal. Y aquellas sin reconstrucción obtuvieron valores superiores respecto a problemática con la imagen corporal e inferiores en calidad de vida relacionada con imagen corporal. Las diferencias entre los grupos no alcanzaron significación estadística. En ambos instrumentos aparece la sexualidad como área afectada. Finalmente, se encontraron correlaciones significativas negativas entre Imagen Corporal y Calidad de Vida relacionada con imagen corporal en dos subgrupos: Reconstrucción inmediata y Sin reconstrucción. Conclusiones: Aquellas mujeres que tuvieron reconstrucción mamaria tras la mastectomía presentan mejor ajuste que aquellas sin reconstrucción. Y, entre los tipos de reconstrucción, quienes accedieron a reconstrucción inmediata presentan menor deterioro de imagen corporal. Sin embargo, algunas mujeres demuestran haber integrado los cambios en una nueva imagen corporal sin necesidad de reconstrucción. Entonces, elegir no reconstruir puede ser una opción saludable y adecuada para muchas mujeres. Lo importante es que toda mujer, independientemente de sus circunstancias, pueda acceder a las mismas opciones para atravesar esta situación.

Palabras claves: mastectomía, reconstrucción mamaria, imagen corporal, calidad de vida, psicooncología.

[en] Body Image and Body Image Quality of Life in women with mastectomy. Comparison of women with immediate reconstruction, delayed reconstruction or without reconstruction

1 Andrea Cecilia Gargantini. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina. E-mail: cecilia.gargantini@gmail.com

2 Leandro Martín Casari. Instituto de Ciencias Humanas, Ambientales y Sociales [INCIHUSA], Centro Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas [CONICET], Centro Científico Tecnológico Mendoza, Mendoza. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Pontificia Universidad Católica. Argentina. E-mail: lmcasari@mendoza-conicet.gov.ar

3 Facultad de Humanidades y Ciencias Económicas, Pontificia Universidad Católica Argentina.

* Dirección de correspondencia: Andrea Cecilia Gargantini. Barrio Viejo Tonel 1, Manzana P, Casa 14. Maipú (Código postal: 5515), Mendoza, Argentina. E-mail: cecilia.gargantini@gmail.com

Abstract: Aim: Analyze Body Image and its influence on Quality of Life in women who have undergone mastectomy as part of the treatment for breast cancer, with immediate reconstruction, delayed reconstruction or mastectomy without breast reconstruction. Method: The Body Image Scale (S-BIS) and the Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI-SP) were administered to 30 women, divided into three groups: Immediate Reconstruction (n = 10); Delayed reconstruction (n = 10) and No reconstruction (n = 10). Result: Women who underwent immediate reconstruction presented less concerns with body image and higher body image quality of life. Furthermore, women without breast reconstruction presented higher concerns with body image and lower body image quality of life. The differences between groups did not reach statistical significance. Sexuality appears on both scales as an affected area. Finally, significant negative correlations were found between Body Image and Body Image Quality of Life in two groups: Immediate Reconstruction and No Reconstruction.

Conclusions: Women who had breast reconstruction after mastectomy presented a better adjustment than those without reconstruction. Besides, women with immediate reconstruction shows less deterioration in body image than those with delayed reconstruction. However, some women evidence having integrated changes into a new body image without the need for reconstruction, demonstrating that choosing not to rebuild can also be a healthy and adequate option for many women. Regardless of their circumstances, every woman should have the right to choose the way to get through this situation and have access to all of the options.

Keywords: mastectomy, breast reconstruction, body image, quality of life, psycho-oncology.

Sumario. 1. Introducción 2. Método 2.1. Participantes 2.2. Instrumentos 2.3. Procedimiento 3. Resultados 4. Discusión y Conclusiones 5. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Gargantini AC, Casari LM. Imagen corporal y su influencia en la calidad de vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción. *Psicooncología* 2019; 16(1): 43-60. doi: 10.5209/PSIC.63647.

1. Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres. En Argentina, se estima que se producirán más de 19.000 nuevos casos por año, lo cual representa el 16,8% del total de incidencia de cáncer en el país⁽¹⁾. Mientras que, en la provincia de Mendoza, 700 mujeres por año contraen esta enfermedad. En el 90% de los casos en que se detecta la enfermedad en estadios iniciales, superan este cáncer con el tratamiento adecuado⁽²⁾.

Todo tipo de cáncer implica para la persona un impacto psicológico importante. En particular, el cáncer de mama en la mujer trae consecuencias relacionadas con la importancia de esta parte del cuerpo de acuerdo al significado social que se le atribuye. Un significado desde el punto de vista de la femineidad, la belleza corporal, la sexualidad, el simbolismo de la maternidad, etc.⁽³⁾.

En muchos casos, para el tratamiento del cáncer se realiza un procedimiento quirúrgico. Hay dos tipos principales de cirugías para el cáncer de mama: cirugía con conservación de la mama, en la cual se extirpa solamente la parte del seno que tiene cáncer, y el objetivo es extraer el cáncer y algo de tejido normal circundante; el otro procedimiento es la mastectomía, en la que se extirpa totalmente el seno, incluyendo todo el tejido mamario y en ocasiones otros tejidos cercanos⁽⁴⁾.

La mastectomía ha sido señalada como aquella opción terapéutica que genera un mayor deterioro en la imagen corporal⁽⁵⁻¹⁰⁾ y en el nivel de funcionamiento sexual de

las pacientes^(5,7,8,10). Esto, a su vez, puede repercutir negativamente en la calidad de vida de estas mujeres^(7,11,12).

Después de una mastectomía (o de algunas cirugías con conservación de mama), es posible que una mujer considere rehacer la forma de su seno, restaurar la apariencia del mismo después de la cirugía. A esto se le conoce como reconstrucción mamaria. La reconstrucción puede ser en la misma cirugía en la que se realiza la mastectomía, llamándose en este caso reconstrucción inmediata, o en un periodo posterior a la misma, lo que se conoce como reconstrucción diferida⁽⁷⁾.

La reconstrucción mamaria no es una intervención sencilla, e implica riesgos e inconvenientes; sin embargo, la decisión de reconstruir el seno “mutilado” por la mastectomía puede contribuir a mayor bienestar y satisfacción con la imagen corporal en muchas mujeres que atraviesan este proceso^(3,5,12-14).

Por lo expuesto anteriormente, puede destacarse la importancia de la imagen corporal en las mujeres que atraviesan una mastectomía como parte del tratamiento para el cáncer de mama. Raich⁽¹⁵⁾ define a la imagen corporal como un constructo complejo que “incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.” (p.5)

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así, en diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo⁽¹⁶⁾. En la mujer que ha sido intervenida con una mastectomía, será fundamental que pueda integrar los cambios en una nueva imagen corporal, así como encontrar soluciones alternativas a las limitaciones que conlleva, para lograr un mejor ajuste emocional, una mejor calidad de vida y adecuado funcionamiento en todos los ámbitos, no solo personal, sino también familiar, social, laboral, etc. Cuando esto no puede lograrse, puede derivar en insatisfacción con la imagen corporal, que está asociada a gran número de secuelas psicológicas, tales como baja autoestima, pobre autoconcepto, ansiedad interpersonal, problemas sexuales, trastornos depresivos⁽¹⁷⁾.

La calidad de la vida, al ser un concepto multidimensional, puede verse influida por diferentes factores. Es definida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones; todo ello matizado, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales⁽¹⁸⁾.

Es decir, comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Por un lado, refleja las normas culturales de bienestar objetivo; y por otro, dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida, es decir, algunos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros⁽¹⁹⁾.

El poder determinar si existen diferencias en imagen corporal y calidad de vida relacionada con imagen corporal, en reconstrucción mamaria inmediata, reconstrucción mamaria diferida o mastectomía sin reconstrucción, así como la relación entre estas variables, podría convertirse en una herramienta más de información que puede influir en la elección del tipo de procedimiento a llevar a cabo, así como para la toma de medidas en cuanto a políticas sociales en lo sanitario para equiparar el acceso a este tipo de intervenciones. Este estudio tiene por objetivo

analizar Imagen Corporal y Calidad de Vida relacionada con la Imagen Corporal en mujeres que han tenido una mastectomía como parte del tratamiento para el cáncer de mama, divididas en tres grupos: con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción mamaria. Y analizar correlación entre Imagen Corporal y Calidad de Vida relacionada con la Imagen corporal en estos grupos.

2. Método

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo. Se utilizó un diseño no experimental, que busca analizar un fenómeno y describir las variables de interés en un momento específico; sin una manipulación de variables⁽²⁰⁾. Dadas las características del presente estudio, se corresponde con un diseño ex post facto, retrospectivo, de dos o más grupos⁽²¹⁾. Se agrega esta clasificación para destacar que además de descripción de las variables se realiza la comparación entre tres grupos.

2.1. Participantes

La muestra utilizada es de carácter no probabilística intencional. Esta muestra, supuso un procedimiento cuidadoso y controlado, en el que las sujetos fueron seleccionadas por poseer características acordes a los intereses de la investigación, mediante un procedimiento informal y arbitrario, en función de los objetivos establecidos⁽²⁰⁾.

En el estudio participaron un total de 30 mujeres, que se habían sometido a una mastectomía como parte del tratamiento para el cáncer de mama, no habiendo casos de mastectomía profiláctica. Se formaron tres grupos, compuestos por diez participantes cada uno. El primero, con mujeres que tuvieron reconstrucción mamaria inmediata, el segundo, con mujeres que accedieron a reconstrucción mamaria diferida, y el tercero, con mujeres que no tuvieron reconstrucción mamaria luego de la mastectomía. En la Tabla 1 se exponen las principales características sociodemográficas y clínicas de la muestra, comparando los tres grupos de mujeres.

En las mujeres que habían tenido reconstrucción mamaria, se tomó en cuenta como criterio de inclusión que debían haber completado el proceso de reconstrucción mamaria, a excepción del complejo areola-pezones, y que se hallaran dentro del lapso de 18 meses de finalizado el mismo.

Además, todas las participantes tenían un nivel de lectura y escritura que posibilitara la cumplimentación de las distintas escalas empleadas.

Como criterio de exclusión de los participantes se consideró a aquellas mujeres con antecedentes psiquiátricos y aquellas que se encontraban realizando actualmente tratamientos para el cáncer, a excepción de hormonoterapia.

2.2. Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico y de salud: fue creado para esta investigación para indagar ciertas variables de interés. En lo referido a lo sociodemográfico se puntualizó en aspectos como edad, nivel educativo, ocupación, estado civil, nacionalidad, cantidad de hijos. Por otro lado, en relación a la salud: tipo de cáncer de mama, estadio, fecha del diagnóstico, fecha de la mastectomía, tipo de cirugía realizada, tratamientos médicos recibidos, fecha de comienzo y finalización de la reconstrucción mamaria.

Tabla 1. Presentación de datos socio-demográficos de las tres muestras parciales (n=30)

	Reconstrucción Inmediata (n= 10)	Reconstrucción diferida (n= 10)	Sin Reconstrucción (n=10)
Edad (M y DE)	45,90 (11,82)	48,50 (7,13)	45,30 (8,27)
Nivel educativo (porcentaje)			
Primario	10%	0%	10%
Secundario	20%	60%	10%
Terciario/universitario	70%	40%	80%
Estado civil			
Soltera	10%	20%	20%
Casada/Concubinato	60%	80%	70%
Divorciada	20%	0%	10%
Viuda	10%	0%	0%
Cantidad de hijos			
Con hijos	80%	70%	80%
Sin hijos	20%	30%	20%

Escala de imagen corporal (S-BIS)⁽²²⁾: la versión original de esta escala fue desarrollada por Hopwood, Fletcher, Lee y Ghazal⁽²³⁾. La versión en español (S-BIS) fue creada y validada por Gómez-Campelo y Bragado-Álvarez⁽²²⁾.

Esta escala consta de 10 ítems, que se responden en una escala tipo likert de cuatro puntos (0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho). A mayor puntuación obtenida, mayor problemática relacionada con la imagen corporal. La puntuación total oscila entre 0 y 30. El alcance de la escala fue diseñado para que pueda ser utilizado con cualquier grupo de pacientes con cáncer que puedan experimentar problemas de imagen corporal.

El BIS se inclina hacia un modelo afectivo-cognitivo-conductual de alteración de la imagen corporal, por lo que evalúa estos aspectos de la imagen corporal en pacientes con cáncer. Mide el impacto de la cirugía en la autoaceptación, el atractivo físico y sexual, la feminidad, la satisfacción con el cuerpo y las cicatrices, la integridad corporal y el comportamiento de evitación⁽²²⁾.

Muestra buenas propiedades psicométricas, con una alta fiabilidad (alfa de Cronbach=0,93), lo que sugiere que se trata de una medida adecuada y útil para medir imagen corporal en pacientes con cáncer⁽²²⁾. En la presente muestra, la confiabilidad obtenida fue óptima ($\alpha=0,924$)⁽²⁴⁾.

The Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI-SP)⁽²⁵⁾: La versión original de esta escala fue desarrollada por Cash y Fleming⁽²⁶⁾. Se utilizó el BIQLI-SP, versión en español de Jáuregui y Bolaños⁽²⁵⁾. Es un instrumento de evaluación diseñado para calcular la influencia positiva o negativa de la imagen corporal en la calidad de vida del individuo (en el área psicosocial). Es útil para determinar la calidad de vida en

función a la imagen corporal en diferentes condiciones físicas. Utiliza un formato de respuestas de 7 puntos bipolar que van desde efectos muy negativos a efectos muy positivos que produce la imagen corporal en 19 ámbitos de la vida. Comprende 19 ítems que reflejan dominios específicos referidos a emociones diarias, autoestima, sexualidad, relaciones sociales, alimentación y ejercicio, hábitos de aseo, satisfacción vital, entre otras. No evalúa imagen corporal en sí mismo, sino la influencia de la imagen corporal en varios aspectos de la vida psicosocial.

El cuestionario presenta una estructura unifactorial, ha demostrado alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,95) y buena estabilidad durante un período de 3 semanas (fiabilidad test-retest, $r = 0,84$)⁽²⁵⁾. En la presente muestra, la confiabilidad obtuvo valores óptimos ($\alpha = 0,958$)⁽²⁴⁾. La validez convergente de BIQLI se ha evidenciado por sus relaciones significativas con diferentes medidas estandarizadas de la imagen corporal⁽²⁵⁾.

2.3. Procedimiento

Se llevaron a cabo una serie de pasos para dar cumplimiento a los objetivos del estudio. En primer lugar, se contactó a diferentes profesionales relacionados con el cáncer de mama y la reconstrucción mamaria (cirujanos/as plásticos/as, oncólogos/as, kinesiólogas, psicooncólogas, fundaciones, entre otros), a quienes se les explicaron los fines de la investigación y el desarrollo de esta, y se les planteó la posibilidad de hablar con algunas de sus pacientes para invitarlas a participar de la investigación.

Una vez en contacto con las participantes, se les presentaron los objetivos de trabajo y se requirió su consentimiento informado para participar y contribuir con el estudio, aclarando que sus datos serían confidenciales y su participación voluntaria, pudiendo declinarla en el momento que lo considerasen. Se explicó a cada paciente la consigna de los cuestionarios, se resolvieron dudas al respecto y se procedió a su llenado. La duración total de la recolección de datos fue de 9 meses, durante el periodo comprendido entre octubre de 2017 y julio de 2018.

En el proceso se obtuvieron un total de 39 protocolos. Siete fueron descartados por no cumplir con los criterios expuestos en el capítulo anterior. Dos presentaban situaciones no contempladas con anterioridad que podían tener influencia en el resultado, por lo que también se decidió retirarlos de la muestra. Tal fue el caso de una participante que manifestó haber sufrido “mala praxis” durante el proceso de reconstrucción y otra que presentó dificultades debido a una infección bacteriana, por lo que no concluyó el proceso de reconstrucción.

Para el análisis estadístico de los resultados obtenidos, se utilizó el programa SPSS.

3. Resultados

- Características sociodemográficas de la muestra

La muestra final quedó conformada por 30 mujeres, cuya edad oscila entre los 25 y 64 años (Rango= 39), con una media de 46,57 (DT= 9,08).

Para corroborar que no existan posibles sesgos en la conformación de los grupos a comparar, se emplearon pruebas estadísticas con el fin de comprobar la homogeneidad de la distribución de las variables sociodemográficas entre los tres subgrupos: reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida, y sin reconstrucción.

En el caso de la edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos empleando la prueba de comparación de medias no paramétricas H de Kruskal Wallis: $X^2_{(2)} = 384, p = 0,825$.

En relación al nivel educativo, la mayor parte de la muestra ha alcanzado niveles secundario y terciario o universitario. En los grupos de reconstrucción inmediata y sin reconstrucción, el mayor porcentaje se concentra en los niveles superiores de educación, mientras que en el de reconstrucción diferida el mayor porcentaje se encuentra en la enseñanza secundaria completa. No existe asociación significativa entre el nivel educativo y la distribución de las mujeres en los tres grupos empleando la prueba Chi Cuadrado: $X^2_{(4)} = 7,035, p = 0,134$.

En relación al estado civil, se observa una coincidencia en los tres grupos, concentrándose la mayoría de la muestra en la categoría casada o en concubinato. No existe asociación significativa entre el estado civil y la distribución de las mujeres en los tres grupos empleando la prueba Chi Cuadrado: $X^2_{(6)} = 4,686, p = 0,585$.

Asimismo, con respecto a la cantidad de hijos, los tres grupos coinciden en que el mayor porcentaje se encuentra en aquellas mujeres que tienen hijos, en comparación a quienes no tienen. No existe asociación significativa entre tener hijos y la distribución de las mujeres en los tres grupos empleando la prueba Chi Cuadrado: $X^2_{(2)} = 0,373, p = 0,830$.

- Escala de Imagen Corporal (BIS)

Como se mencionó anteriormente, las puntuaciones obtenidas en esta escala pueden oscilar entre 0 y 30. Los puntajes más altos muestran mayores preocupaciones y alteraciones de la imagen corporal⁽²²⁾.

Por lo tanto, puede observarse menor problemática relacionada con la imagen corporal en mujeres que tuvieron una reconstrucción mamaria inmediata, y mayor problemática en aquellas que no tuvieron reconstrucción luego de la mastectomía (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de puntajes promedios en la escala S-BIS en las tres muestras parciales (n=30)

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Reconstrucción inmediata	10	5,29	5,17	0,00	16,94
Reconstrucción diferida	10	7,00	8,76	0,00	29,00
Sin reconstrucción	10	9,40	7,69	2,00	24,00

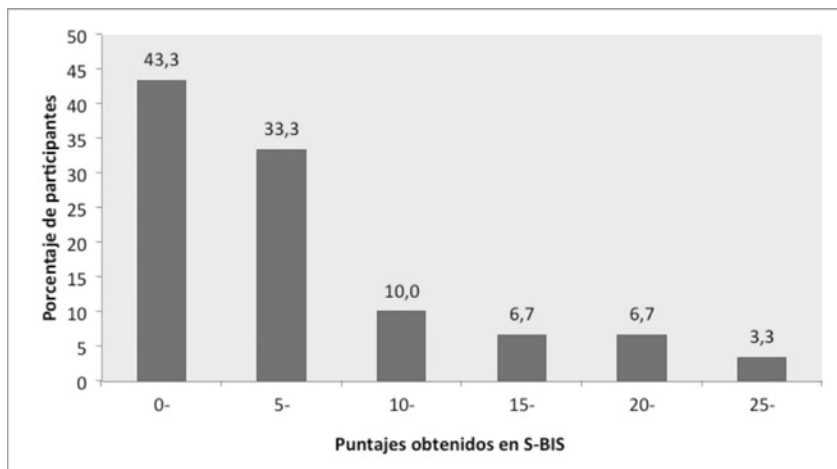
Algunos investigadores^(27,28) consideran que un puntaje a partir de 15 puede relacionarse con una alteración en la imagen corporal. Según este criterio, cinco participantes de la muestra total presentarían alteración: uno en el grupo de Reconstrucción Inmediata, uno en el grupo de Reconstrucción Diferida y tres en el

grupo Sin Reconstrucción (Ver tabla 3). Esto representaría un 16,6% de la muestra. Asimismo, el 43,3% de la muestra no presentó problemática en relación a la imagen corporal (puntajes menores a 5) (Ver figura 1)

Tabla 3. Puntajes totales obtenidos por los participantes de las tres muestras parciales en la escala S-BIS

	Número de participante	Puntajes obtenidos en escala BIS
Reconstrucción inmediata	1	2
	2	10
	3	4
	4	8
	5	0
	6	1
	7	8
	8	6
	9	0
	10	19
Reconstrucción diferida	1	6
	2	10
	3	12
	4	29
	5	0
	6	6
	7	0
	8	9
	9	4
	10	3
Sin reconstrucción	1	9
	2	5
	3	7
	4	2
	5	20
	6	6
	7	24
	8	15
	9	4
	10	2

Figura 1. Distribución (porcentaje) de puntajes obtenidos por la muestra total en la Escala de imagen corporal (S-BIS). N=30



Finalmente, al comparar la mediana correspondiente a cada ítem de la escala obtenidos por la muestra total, se observa que aquellos que presentan los valores más elevados (Mediana= 1) son aquellos referidos al atractivo físico y al atractivo sexual (Ver tabla 4).

Tabla 4. Comparación de medianas por ítem en la escala S-BIS en la muestra total (n=30)

	N	Mediana
¿Se ha sentido avergonzada o cohibida por su aspecto físico?	30	0,5
¿Se ha sentido físicamente menos atractiva a consecuencia de la enfermedad o de su tratamiento?	30	1
¿Se ha sentido descontenta con su aspecto cuando está vestida?	30	0
¿Se ha sentido menos femenina como consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	30	0
¿Le resulta difícil mirarse cuando está desnuda?	30	0
¿Se ha sentido menos atractiva sexualmente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	30	1
¿Ha evitado a alguien debido al modo en que se sentía en relación a su aspecto?	30	0
¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo “menos completo”?	30	0
¿Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?	30	0
¿Se ha sentido insatisfecha con el aspecto de su cicatriz?	30	0,5

- Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI-SP)

Este instrumento de evaluación permite calcular la influencia positiva o negativa de la imagen corporal en diferentes ámbitos de la vida de la persona.

Las mujeres que tuvieron reconstrucción inmediata presentaron una influencia positiva más elevada de su imagen corporal en su calidad de vida. Y aquellas con mastectomía sin reconstrucción mamaria presentaron el promedio más bajo en la relación a la influencia de la imagen corporal en la calidad de vida. Ninguno de los tres grupos presentó influencia negativa (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Comparación de puntajes promedios en la escala BIQLI-SP en las tres muestras parciales (n=30)

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Reconstrucción inmediata	10	21,20	26,16	-19,00	54,00
Reconstrucción diferida	10	16,80	24,09	-15,00	57,00
Sin reconstrucción	10	13,90	23,72	-11,00	54,00

Por otro lado, las áreas de mayor impacto adverso para esta muestra, es decir, cuando las respuestas negativas superaron el 25% de la muestra (punto de corte utilizado en el estudio original por Cash y Fleming⁽²⁶⁾) fueron: las emociones cotidianas, la satisfacción con su vida en general, los sentimientos sobre ser aceptado como compañero sexual, el disfrute con la vida sexual, el comportamiento alimenticio, la capacidad de controlar el peso y las actividades o prácticas de ejercicio físico. Y las áreas menos afectadas negativamente (menos del 10% de la muestra) fueron: las relaciones con personas del mismo sexo, experiencias al conocer gente nueva, experiencias en el trabajo o en la escuela, relaciones con amigos y relaciones con familiares (Ver tabla 6).

- Comparación entre los tres subgrupos

Como se destacó anteriormente, las mujeres que tuvieron una mastectomía sin reconstrucción obtuvieron valores superiores respecto a problemática con la imagen corporal y valores inferiores en calidad de vida relacionada con imagen corporal. Por otro lado, las mujeres con reconstrucción inmediata obtuvieron valores inferiores de problemática con la imagen corporal y valores superiores en calidad de vida relacionada con imagen corporal.

Debido al tamaño del grupo total (n= 30), para comparar los resultados obtenidos por cada subgrupo, se decidió emplear estadística no paramétrica. Por lo tanto, se compararon los rangos promedios obtenidos por los tres subgrupos empleando la prueba H de Kruskal Wallis sin encontrar resultados significativos (Ver Tabla 7).

Tabla 6. Porcentaje de respuestas negativas por ítem de la escala BIQLI-SP en la muestra total (n=30)

	Cantidad de respuestas negativas	Porcentaje de la muestra
Cómo me siento básicamente a mi mismo (es decir, a mis sentimientos de ser una persona adecuada y valiosa)	6	20%
Mis sentimientos de ser una persona adecuada como hombre o mujer (es decir, a mis sentimientos de masculinidad o feminidad)	7	23,33%
Mis relaciones con personas del mismo sexo	1	3,33%
Mis relaciones con personas del otro sexo	6	20%
Mis experiencias con la gente nueva que conozco	1	3,33%
Mis experiencias en el trabajo o en la escuela	2	6,66%
Mis relaciones con amigos	0	0%
Mis relaciones con los miembros de mi familia	1	3,33%
Mis emociones cotidianas	8	26,67%
La satisfacción con mi propia vida en general	8	26,67%
Mis sentimientos como compañero sexual (es decir, a mis sentimientos sobre ser aceptado como compañero sexual)	13	43,33%
El disfrute con mi vida sexual	11	36,67%
Mi capacidad de controlar qué y cuánto como	11	36,67%
Mi capacidad de controlar mi peso	11	36,67%
Mis actividades o prácticas de ejercicio físico	11	36,67%
Mis ganas de hacer cosas que podrían llamar la atención sobre mi apariencia	6	20%
Mis actividades diarias de acicalamiento (p. ej., al vestirme o arreglarme)	5	16,67%
La medida en que me siento seguro/a de mi mismo/a en mi vida diaria	6	20%
La medida en que me siento feliz en mi vida diaria	5	16,67%

Tabla 7. Comparación de rangos promedios entre los grupos de mujeres (n= 30)

	Reconstrucción inmediata (n= 10)	Reconstrucción diferida (n= 10)	Sin reconstrucción (n= 10)	X ²	p
Imagen corporal	13,8	14,3	18,4	1,65	,43
Calidad de vida	16,65	15,65	14,2	,39	,82

- Correlación entre Imagen Corporal y Calidad de Vida relacionada con imagen corporal

Para analizar correlación entre Imagen Corporal y Calidad de Vida relacionada con imagen corporal en los tres subgrupos, se empleó la prueba Rho de Spearman en cada muestra parcial. Se encontraron dos correlaciones significativas negativas en el grupo de mujeres con reconstrucción inmediata y en el grupo sin reconstrucción, lo que implica que, a mayor preocupación o problemática en relación a la imagen corporal, menor valor en la calidad de vida relacionada a la imagen corporal. O, mientras menor problemática con la imagen corporal, mayor influencia positiva de la imagen corporal en la calidad de vida. La magnitud de las correlaciones oscila entre .63 y .75, consideradas de moderadas a fuertes⁽²⁹⁾ (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Correlaciones entre imagen corporal y calidad de vida entre las muestras parciales (N= 30)

	Reconstrucción diferida (n= 10)	Reconstrucción inmediata (n= 10)	Sin reconstrucción (n= 10)
Rho	,02	-,63	-,75
p	,94	,04	,01

4. Discusión y Conclusiones

La imagen corporal es un constructo que va construyéndose evolutivamente y que puede sufrir diferentes modificaciones a lo largo de la vida. En el caso de las mujeres con cáncer de mama, la localización tiene una connotación particular. El padecer cáncer de mama y someterse a diversos tratamientos, entre los que suele estar incluida la cirugía, es un proceso difícil de afrontar^(3,5,6,8,9,30,31).

En esta investigación, en primer lugar, se analizó la imagen corporal en estos tres grupos de mujeres: con reconstrucción mamaria inmediata, con reconstrucción mamaria diferida, y sin reconstrucción mamaria. El grupo que presentó mayor problemática en relación a la imagen corporal fue el de mujeres que no tuvieron reconstrucción luego de la mastectomía. Esto se corresponde con lo expuesto en diversas investigaciones que sostienen que la mastectomía genera deterioro en la imagen corporal⁽⁵⁻⁹⁾.

Diferentes estudios probaron que aquellas mujeres que eran sometidas a reconstrucción mamaria tras la mastectomía presentaban menor deterioro de su imagen corporal que aquellas que no se sometían a la misma^(5,12,13). Por lo tanto, la reconstrucción mamaria se consideraría el proceso de restitución de la imagen corporal y del bienestar psicológico de las pacientes mastectomizadas, razón por la cual diferentes autores sostienen que la reconstrucción mamaria debe considerarse parte esencial del tratamiento y rehabilitación de las pacientes con cáncer de mama^(13,14).

Asimismo, quienes presentaron menor problemática relacionada a la imagen corporal fueron las mujeres que tuvieron reconstrucción inmediata. Esto coincide con lo expuesto por diversos autores que sostienen que entre los dos tipos de reconstrucción según el momento en el que es llevada a cabo (inmediata o diferida), aquella que genera menor deterioro en la imagen corporal es la inmediata^(5,14). Algunos autores explican esta diferencia sosteniendo que la reconstrucción inmediata evita que la mujer se enfrente directamente con la pérdida de la mama, logrando así un menor impacto psicológico y reduciendo los efectos psicológicos negativos producidos por la mastectomía^(7,12).

Por otro lado, en este estudio se encontró un porcentaje menor de participantes que no presentaron problemática en relación a la imagen corporal (43,3%) en comparación a los hallados en la investigación de Hopwood et al.⁽³²⁾, quienes utilizan el mismo instrumento (50%), y mayor de aquellas que presentaron alteración en la imagen corporal (16,6%) que en el mismo estudio (10,3%). Esto puede atribuirse a que en dicho estudio había mujeres con diferentes tipos de tratamientos para el cáncer, no habiéndose sometido todas a mastectomía como sí en el caso de la presente investigación. En otra investigación que estudió mujeres con cáncer de mama y cáncer ginecológico⁽²²⁾, de las cuales todas habían tenido cirugía radical (en el caso de las mastectomías, una parte de las mujeres tenían reconstrucción), el porcentaje de la muestra total que no presentaba problemas con la imagen corporal (10%) es significativamente menor que el de esta investigación. Las diferencias nuevamente podrían atribuirse a que las muestras difieren en ambas investigaciones.

Por otra parte, en el presente estudio, se encontró que las áreas que presentaban mayor problemática con la imagen corporal en la muestra total eran el atractivo físico y el atractivo sexual. Esto coincide con lo encontrado en el estudio original de desarrollo de la escala, en el que, tanto para el grupo total (compuesto por pacientes con diferentes tipos de cáncer) como para el subgrupo de mujeres con mastectomía, estas dos son las áreas más afectadas⁽²³⁾.

Diversas investigaciones demuestran que, dentro de las opciones de tratamiento para el cáncer de mama, la mastectomía ha sido señalada como aquella que genera un mayor deterioro en el nivel de funcionamiento sexual de las pacientes^(5,7,8). La mastectomía ejerce un efecto muy negativo sobre la imagen corporal, la sexualidad, el deseo y la relación con el propio cuerpo, todo lo cual repercute negativamente sobre la vida sexual y su satisfacción, incluso después del primer año postmastectomía⁽¹⁰⁾.

Posteriormente se describió la influencia de la imagen corporal en la calidad de vida de estos grupos. Las mujeres que tuvieron reconstrucción inmediata presentaron una influencia positiva más elevada de su imagen corporal en su calidad de vida. Y aquellas con mastectomía sin reconstrucción mamaria presentaron el promedio más bajo en relación a la influencia positiva de la imagen corporal en la calidad de vida. Ninguno de los tres grupos presentó influencia negativa.

Si bien no se encontraron investigaciones que aplicaran este instrumento en pacientes oncológicos, sí las hay que hablen del impacto de la imagen corporal en la calidad de vida en esta población. La capacidad de la persona para aceptar los cambios físicos producidos como consecuencia de la enfermedad y sus tratamientos, e integrarlos en una nueva imagen corporal, así como para encontrar soluciones alternativas que permitan minimizar las limitaciones que conllevan, si las hubiera, influirá en su ajuste emocional, en su calidad de vida y en su funcionamiento familiar, social y laboral ⁽¹⁷⁾.

En relación a la calidad de vida, algunas investigaciones muestran que pacientes sometidas a reconstrucción mamaria tras la mastectomía presentaron mejor calidad de vida que aquellas que no se sometían a la misma ^(7,12,30).

La imagen corporal es un factor muy importante en la calidad de vida de todas las personas, y en los pacientes que padecen cáncer se ha planteado como determinante en las diferencias en calidad de vida entre pacientes tratadas con mastectomía y pacientes con cirugía reconstructiva ⁽³⁰⁾.

Las áreas de mayor impacto adverso en la muestra total fueron: las emociones cotidianas, la satisfacción con su vida en general, los sentimientos sobre ser aceptado como compañero sexual, el disfrute con la vida sexual, el comportamiento alimenticio, la capacidad de controlar el peso y las actividades o prácticas de ejercicio físico. Estas áreas también fueron parte de las áreas de mayor impacto adverso para las mujeres, junto con otras áreas, en una investigación que midió la influencia de la imagen corporal en la calidad de vida de mujeres y hombres en población general ⁽²⁵⁾. Por lo tanto, a pesar de que en la presente investigación se estudió una población más específica como lo es la oncológica, puede sostenerse que coincide con áreas presentadas por las mujeres en general. En otra investigación ⁽²⁶⁾ que estudió la influencia de la imagen corporal en la calidad de vida de mujeres estudiantes, se encontró cuatro áreas en común con las del presente estudio (control de peso, comportamiento alimenticio, ejercicio físico y emociones diarias), no hallándose en dicha investigación la problemática relacionada a la sexualidad.

En el presente estudio, como puede observarse en el caso de este instrumento al igual que el anterior, el área de la sexualidad vuelve a aparecer como afectada, reafirmando los efectos negativos de la mastectomía sobre esta área ^(5,7,8,10).

Por otro lado, aquellas áreas menos afectadas negativamente en la presente investigación son: las relaciones con personas del mismo sexo, experiencias al conocer gente nueva, experiencias en el trabajo o en la escuela, relaciones con amigos y relaciones con familiares. En el estudio en el cual se desarrolló la escala (cuya muestra estaba conformada por estudiantes mujeres) ⁽²⁶⁾, las áreas menos afectadas negativamente son: relaciones con amigos, relaciones con familiares, y actividades diarias de acicalamiento, coincidiendo las dos primeras con las halladas en la presente investigación.

Esto lleva a reflexionar sobre la importancia de la confianza en un ambiente seguro, como es el entorno más cercano, sobre la calidad de vida de las personas, tanto en la población en general, como de manera más fundamental en el caso de personas que

deben afrontar una enfermedad como el cáncer, que atraviesa tantas facetas y áreas de la vida. En este sentido, se ha encontrado que en mujeres con cáncer de mama, la calidad de vida fue mejor en aquellas que recibían apoyo por parte de familiares⁽³³⁾.

Finalmente, se analizó la correlación entre Imagen Corporal y Calidad de Vida relacionada con imagen corporal en estos grupos. Se encontró una correlación significativa negativa en dos de los tres subgrupos: mujeres con reconstrucción inmediata y mujeres sin reconstrucción. Esto implica que, a mayor preocupación o problemática en relación a la imagen corporal, menor valor en la calidad de vida relacionada a la imagen corporal; o mientras menor problemática con la imagen corporal, mayor influencia positiva de la imagen corporal en la calidad de vida.

Esto coincide con lo expuesto por diversos autores que sostienen la importancia de la imagen corporal en la calidad de vida en todas las personas, y, por supuesto, también en los pacientes que padecen cáncer^(17,30,34,35). Es llamativo considerar el hecho de que esta correlación no se replicó al interior de uno de los subgrupos (reconstrucción diferida). Este aspecto podría considerarse a ser estudiado con mayor profundidad en estudios posteriores.

Cabe destacar que, si bien en esta investigación se encontraron diferencias en la puntuación entre los tres grupos, mencionadas a lo largo de este capítulo, las mismas no alcanzaron significación estadística. También se encontraron investigaciones que no hallaron diferencias al contrastar estos tres grupos de mujeres (con mastectomía sola, con reconstrucción inmediata o con reconstrucción diferida). Un estudio prospectivo evaluó ansiedad, depresión, imagen corporal y calidad de vida antes de la operación, y seis y doce meses después, concluyendo que la cirugía reconstructiva puede ofrecer beneficios psicológicos a algunas mujeres, pero que otras informan un funcionamiento psicológico mejorado sin este procedimiento quirúrgico. Por lo tanto, sostienen que la reconstrucción mamaria no es necesariamente el remedio universal para las consecuencias emocionales y psicológicas de la mastectomía⁽³⁶⁾.

Esto lleva a considerar que, si bien tanto este estudio como otros demuestran mayores beneficios psicológicos en mujeres que acceden a una reconstrucción mamaria tras la mastectomía, especialmente en aquellas que se realizan de manera inmediata, hay mujeres que se adaptan y aceptan su imagen corporal sin necesidad de este procedimiento. De hecho, hay mujeres que teniendo la posibilidad de acceder a una reconstrucción mamaria deciden no hacerlo.

Algunos estudios han profundizado en las razones por las que toman la decisión de no realizarla, destacando: edad avanzada, preocupación por complicaciones de la cirugía, incertidumbre sobre el resultado, temor sobre el efecto de la reconstrucción en el tratamiento o en futuros problemas de cáncer de mama, miedo al dolor postoperatorio, sostener que no es esencial para el bienestar físico o para su estado mental, haber aceptado su apariencia después de la mastectomía, no querer nada antinatural en su cuerpo, no tener información sobre el procedimiento o no ser informados sobre la opción de la reconstrucción^(7,37,38).

El conocimiento y la comprensión de estos factores pueden ser útiles para evaluar la necesidad de mayor información en relación a esta opción. Elegir no reconstruir puede ser una opción saludable y adecuada para muchas mujeres. Pero el hecho más importante es que a toda mujer, independientemente de sus circunstancias, se le debe ofrecer toda su gama de opciones para poder tomar una decisión informada. En este sentido, es fundamental la posibilidad de acceso para todas las mujeres a la reconstrucción mamaria.

En esta instancia es importante mencionar las limitaciones del estudio:

Por un lado, debe considerarse el tamaño de la muestra. A nivel estadístico se trata de una muestra pequeña ($n=30$), especialmente en relación a los tres grupos que quedan compuestos por diez personas cada uno, lo que puede restar representatividad a los resultados. Sin embargo, hay que ponderar los criterios de inclusión y exclusión planteados, así como las características de la población. Al tratarse de una población reducida, el acceso a la misma es difícil, por lo que la recolección de datos abarcó un periodo de 9 meses aproximadamente. Debido al tamaño de la muestra, se utilizó estadística no paramétrica.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta la forma de administración de los instrumentos. Muchos fueron heteroadministrados, pudiendo influir en la deseabilidad social, especialmente porque indaga temáticas privadas como la sexualidad. Sin embargo, a pesar de este aspecto, cuando fueron administrados por los autores, muchas mujeres compartieron sus experiencias y profundizaron en ciertos aspectos de su realidad que si hubiera sido diferente la modalidad no hubieran podido hacerlo.

Para finalizar, la investigación brinda un aporte sobre una problemática específica y permite reflexionar acerca de si la reconstrucción mamaria en sí misma es necesariamente un factor promotor de la salud mental, y la importancia de brindar un acompañamiento psicológico al proceso, previo y posterior. Asimismo, destaca también la necesidad de una equidad de acceso a las mismas opciones para todas las mujeres que deben atravesar por esta situación.

5. Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional del Cáncer Argentina. Incidencia del cáncer [Internet]. 2017. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-de-mama/>
2. Prensa del Gobierno de Mendoza. Mendoza lucha contra el cáncer de mama [Internet]. 2017. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.prensa.mendoza.gov.ar/mendoza-lucha-contra-el-cancer-de-mama/>
3. Oiz B. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. *An Sis San Navarra* [Internet]. 2005;28:19–26. [Acceso 12 de enero de 2019] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000400003&lng=es.
4. Grupo CTO Medicina. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Madrid: CTO. MEDICINA S.L; 2010.
5. Al-Ghazal S, Sully L, Fallowfield L, Blamey R. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol* 2000;26:17–9. doi:10.1053/ejso.1999.0733.
6. Victoria García-Viniegras CR, González Blanco M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Av en Psicol Latinoam* [Internet]. 2007;25:72–80. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/559>
7. Olivares ME. Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología*. *Psicooncología* [Internet] 2007;447–64. [Acceso 12 de enero de 2019] Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0707220447A/15657>
8. Rodríguez Loyola Y, Rosselló González J. Reconstruyendo un cuerpo: implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas. *Rev Puertorriquena*

- Psicol [Internet]. 2007;18:118–45. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262007000100008
9. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud* [Internet]. 2007;18:137–61. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742007000200002
 10. Vázquez Ortiz J, Antequera R, Blanco A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología* [Internet]. 2010;7:433–51. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010220433A>
 11. Reich M, Remor E. Variables psicosociales asociadas con la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistemática. *Cienc Psicológica*. 2010;4:179–223. doi: 10.22235/cp.v4i2.122
 12. Rincón Fernández M, Pérez San Gregorio M, Borda Más M, Martín Rodríguez A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Univ Psychol* [Internet]. 2012;11:25–41. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a03.pdf>
 13. Escudero FJ, Oroz J, Pelay MJ. Reconstrucción de la mama tras mastectomía. *An Sist Sanit Navar* 1997;20:325–36.
 14. Marín-Gutzke M, Sánchez-Olaso A. Reconstructive surgery in young women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2010;123:67–74. doi: 10.1007/s10549-010-1127-1
 15. Raich R. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide; 2000.
 16. Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz* [Internet]. 2007;8:171–83. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
 17. Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología* [Internet]. 2004;1(2–3):169–80. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120169A/16214>
 18. WHOQOL GROUP. Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1.403-9.
 19. Royo Aznar A, Roura Olmeda P. Calidad de vida en pacientes intervenidas de cáncer de mama [Internet]. 2012. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/88489>
 20. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6th ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
 21. Montero I, León OG. A guide for naming research studies in Psychology. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet] 2007;7(3):847–62. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2357895>
 22. Gómez-Campelo P, Bragado-Álvarez C, Hernández-Lloreda M, Sánchez-Bernardos M. The Spanish version of the Body Image Scale (S-BIS): psychometric properties in a sample of breast and gynaecological cancer patients. *Support Care Cancer* 2015;23:473–81. doi: 10.1007/s00520-014-2383-0
 23. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* 2001;37:189–97. doi: 10.1016/S0959-8049(00)00353-1
 24. George D, Mallery P. SPSS for Windows: Step by step 14.0 update. 7th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2007.

25. Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P. Body image and quality of life in a Spanish population. *Int J Gen Med* 2011;4:63–72. doi: 10.2147/IJGM.S16201
26. Cash TF, Fleming EC. The impact of body image experiences: Development of the body image quality of life inventory. *Int Journey Eat Disord* 2002;31:455–60. doi:10.1002/eat.10033
27. Coello Gomezjurado MC. Imagen corporal en mujeres con cáncer de mama, sometidas a mastectomía o cuadrantectomía, según las diferentes distorsiones cognitivas [Internet]. Universidad del Azuay; 2016. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5269/1/11649.pdf>
28. Marín TK, Torres NE. Impacto de la mastectomía en el autoconcepto de mujeres con cáncer de mama [Internet]. Universidad de Cuenca; 2015. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21612/1/tesis.pdf.pdf>
29. Martínez Ortega RM, Tuya Pendás LC, Martínez Ortega M, Pérez Abreu A, Cànovas AM. El coeficiente de Correlación de los Rangos de Spearman, caracterización. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2009;8(2). [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017
30. Barreto Martín MP, Pintado Cucarella MS. Imagen corporal y cáncer de mama. *Rev Senol y Patol Mamar* [Internet]. 2011;24:54–8. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.sespm.es/wp-content/uploads/revista/2011_24_2/7.pdf
31. Viana de Bragança Menezes P. Imagen corporal en mujeres con cáncer de mama sometidas a tratamiento quirúrgico: una revisión sistemática [Internet]. Universidad de León; 2015. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10612/5127>
32. Hopwood P, Haviland J, Mills J, Sumo G, J. B. The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *Breast* 2007;16:241–251. doi: 10.1016/j.breast.2006.11.003
33. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2010;28:9–18. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9667>
34. Galván N, Buki L, Garcés D. Variables psicosociales asociadas con la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistemática. *Cienc Psicológica* 2009;4. doi: 10.22235/cp.v4i2.122
35. Ferriols Lisart R, Ferriols Lisart F, Alós Almiñana M, Magraner Gil J. Calidad de vida en oncología clínica. *Farm Hosp* [Internet]. 1995;19:315–22. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF
36. Harcourt D, Rumsey M, Ambler M. The Psychological Effect of Mastectomy with or without Breast Reconstruction: A Prospective, Multicenter Study. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111:1060–8. doi: 10.1097/01.PRS.0000046249.33122.76
37. Handel N, Silverstein MJ, Waisman E, Waisman JR. Reasons why mastectomy patients do not have breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1990;86(6):1118–25. [Acceso 12 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2243854>
38. Zieliński T, Lorenc-Podgórska K, Antoszewski B. Why women who have mastectomy decide not to have breast reconstruction? *Pol Prz Chirugiczny*. 2015;86:451–5. doi: 10.2478/pjs-2014-0081