



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

**INSATISFACCIÓN CORPORAL:
LA SEXUALIDAD DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA
SOMETIDAS A UNA
MASTECTOMÍA**

Alumno/a: Celia López Muñoz

Tutor/a: Prof. Dña. Silvia Moreno Domínguez

Dpto.: Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico

Julio, 2020

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
2. La imagen corporal	7
2.1. Definición	9
2.2. Alteración de la imagen corporal: Insatisfacción corporal.....	11
2.2.1. <i>Estudios relacionados con la insatisfacción corporal</i>	14
3. Mastectomía en cáncer de mama.....	16
4. La imagen e insatisfacción corporales en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas	21
5. Influencia de la imagen e insatisfacción corporales en la sexualidad de estas mujeres	24
6. Conclusiones.....	27
7. Referencias	30
8. Anexos.....	39

Resumen

La mastectomía es una práctica quirúrgica que consiste en la extirpación del seno, cuya finalidad es eliminar el cáncer de mama. La ausencia del pecho va a producir en estas mujeres, debido a la asociación cultural de la presencia de los senos a ser mujer, un impacto en la percepción de su imagen corporal generando una insatisfacción con su propio cuerpo. El siguiente trabajo consiste en una revisión bibliográfica, donde se han seleccionado estudios de gran relevancia dentro del campo de la insatisfacción corporal con respecto a la población en general y especialmente en las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas. Se pretende conocer qué es la insatisfacción corporal y cómo afecta a estas mujeres, en concreto a su sexualidad. Algunas de las bases de datos que se han consultado para realizar la búsqueda bibliográfica son PsycINFO, SlideShare, Dialnet y Google Académico, mayoritariamente en inglés y español. Se ha encontrado diferencias en insatisfacción corporal, siendo mayor en las mastectomizadas que en las mujeres sometidas a otras intervenciones. También en la edad hay diferencias, siendo las más jóvenes y solteras las mayormente afectadas. Como consecuencia de dicha insatisfacción corporal, se van a producir cambios en áreas vitales, en concreto en la sexualidad. En este sentido, aparecen: una disminución del interés y deseo sexual, una baja percepción de atractivo sexual, dificultad para disfrutar de la sexualidad, dificultad para llegar al orgasmo, un sentimiento de rechazo por parte de su pareja, idea de incapacidad para ser compañera sexual, entre otros. Todos estos aspectos junto con otros que se mencionan en el trabajo, van a producir que las relaciones interpersonales de estas mujeres se vean deterioradas.

Palabras clave: insatisfacción corporal, cáncer de mama, mastectomía, sexualidad.

Abstract

Mastectomy is a surgical practice that consists of the removal of the breast, the purpose of which is to eliminate breast cancer. The absence of the breast will produce in these women, due to the cultural association of the presence of the breasts to being a woman, an impact on the perception of their body image, generating dissatisfaction with their own body. The following work consists of a bibliographic review, where studies of great relevance within the field of body dissatisfaction with respect to the general population and especially in women with mastectomized breast cancer have been selected. The aim is to know what body dissatisfaction is and how it affects these women, specifically their sexuality. Some of the databases that have been consulted to perform the bibliographic search are PsycINFO, SlideShare, Dialnet and Google Scholar, mostly in English and Spanish. Differences in body dissatisfaction have been found, being greater in mastectomized patients than in women undergoing other interventions. There are also differences in age, with the youngest and single ones being the most affected. As a consequence of this body dissatisfaction, changes will take place in vital areas, specifically in sexuality. In this sense, there are: a decrease in sexual interest and desire, a low perception of sexual attractiveness, difficulty in enjoying sexuality, difficulty in reaching orgasm, a feeling of rejection on the part of your partner, the idea of inability to be a partner sexual, among others. All these aspects, together with others mentioned at work, will cause the interpersonal relationships of these women to be deteriorated.

Key words: body dissatisfaction, breast cancer, mastectomy, sexuality.

1. Introducción

La imagen corporal es un constructo que se va a abordar a lo largo de este trabajo considerándose como el punto de unión de todo lo restante. Puede definirse como “un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas” (Baile, 2003, p.8).

La imagen corporal de uno mismo va construyéndose conforme evoluciona el propio cuerpo, es parte del ciclo vital de la persona. Esto implica fluctuaciones en la percepción e interiorización del mismo relacionadas con el crecimiento. Existen diferencias significativas en el desarrollo de la imagen corporal que se relacionan con la edad, el género y la cultura. En relación con la edad; Canales et al. (2009) en un estudio sobre la imagen corporal en la infancia concluyeron que los niños tienden a identificarse con figuras de complexión media y seleccionan las figuras de sobrepeso o infrapeso severo como aquellas que menos les gustaría parecerse. En la adolescencia se toma al cuerpo como fuente de identidad, autoconcepto y autoestima. Además, es ahí cuando se da el autoescrutinio, la introspección, la comparación social, la formación de la autoconciencia de la propia imagen física y el desenvolvimiento social que pueden llegar a generar mayor o menor insatisfacción con el propio cuerpo (Salaberria et al., 2007). En relación con el género; los niños en la infancia se muestran satisfechos con el tipo de cuerpo que poseen siendo esto menor en el género femenino y en los adolescentes (Canales et al., 2009). Es en la adolescencia cuando aparece de forma más significativa la insatisfacción corporal en el género femenino. En relación con la cultura; las influencias externas, existentes en una cultura occidental, impactan en la imagen corporal de las adolescentes. Con influencias externas se refiere a los medios de comunicación, que generan en estas jóvenes un ideal estético que pasa a ser un deseo frustrado de asemejarse a una mujer alta, con largas piernas y caderas estrechas (Rodríguez y Cruz, 2008).

Como insatisfacción corporal algunos autores consideran “la discrepancia entre la figura corporal que se considera actual y la que se considera ideal, elegidas entre una serie de siluetas

dibujadas” (Gardner y Stark, 1999; citado en Baile, 2003, p. 10). Otros, sin embargo, la entienden como “la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con sus características reales” (Sepúlveda et al., 2011; citado en Baile, 2003, p. 10). No hay que confundir alteración de la imagen corporal con insatisfacción corporal, ya que el primero engloba al segundo y a otros más aspectos (Vaz et al., 1999; Thompson, 1990; citado en Baile, 2003). La insatisfacción corporal es un factor de riesgo muy importante, que junto con la presión que se ejerce sobre la imagen corporal determinan en gran medida los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y las conductas asociadas, especialmente entre las mujeres y la población adolescente (Canales et al., 2009). La construcción que vamos desarrollando de la imagen de nuestro propio cuerpo es, por tanto, un factor muy importante del desarrollo personal que impacta en nuestra salud psicológica (Cash y Pruzinsky, 1990). Para las mujeres con cáncer de mama, el hecho de someterse a una mastectomía les produce un sentimiento de rechazo hacia su imagen corporal. Esto se debe a un conflicto entre la pérdida del pecho y los valores existenciales de “ser mujer” que se le otorgan al mismo, conduciéndose así a la insatisfacción corporal y todo lo que ello conlleva (Claudel y Hernández, 1985).

El cáncer de mama representa uno de los cánceres más significativos y frecuentes en la población femenina. La prevalencia en población general española se sitúa en torno al 16,8%. En población femenina española el cáncer de mama representa una prevalencia del 36,2% (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020). El diagnóstico, en general, implica la extirpación del pecho afectado. Esto no solo implica en la mujer someterse a una cirugía destinada a la extirpación del tumor para sobrevivir, sino que también se va a ver afectada su imagen corporal, y así su equilibrio psicoafectivo. La privación de un seno en la mujer compromete los valores existenciales de la misma debido a las cargas simbólicas que para algunas culturas, como la occidental, se encuentran en el pecho femenino. Además de la pérdida de valores estéticos inherentes al pecho, surge en muchas de ellas un sentimiento de rechazo por parte del hombre, y la idea de no ser capaz de ser compañera sexual de éste. Este fenómeno, junto con síntomas depresivos experimentados al sufrir la mutilación de propia imagen, pueden llegar a modificar las relaciones interpersonales y la sexualidad de estas mujeres masectomizadas (Claudel y Hernández, 1985).

A continuación, se va a revisar el concepto de imagen corporal, su desarrollo y componentes, centrando más la atención en lo que acontece a este trabajo: la insatisfacción corporal. Posterior a esto, se expondrá una revisión sobre estudios relacionados con mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Seguidamente se centrará la atención al impacto que posee la imagen e insatisfacción corporales en estas mujeres. Y finalmente, se hará una revisión sobre la literatura existente relevante al papel que juega la imagen e insatisfacción corporales en la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas.

2. La imagen corporal

Para tener una visión completa y acertada sobre la imagen corporal, es importante empezar delimitando aquello de lo que forma parte: como es el autoconcepto. Para Faria (2005) “el autoconcepto se entiende como la percepción que el individuo tiene de sí mismo y, en términos específicos: las actitudes, sentimientos y conocimientos de sí mismo acerca de sus habilidades, destrezas, apariencia física y aceptación social” (Faria, 2005; citado en Castro-Lemus, 2016, p. 5). No está presente en el ser humano desde el momento de su nacimiento, sino que se va formando a lo largo del ciclo vital. Antes de que se forme un autoconcepto más o menos complejo, es necesario que se den otros procesos. En los primeros meses de vida, empieza a desarrollarse la autopercepción, es decir, ya es capaz de reconocer que existe independientemente del resto de personas y objetos. A partir del año y medio de edad surge la autoconciencia o capacidad de reflexionar sobre uno mismo. Más tarde, a los tres años aproximadamente, es cuando la conciencia de uno mismo alcanza un cierto nivel de complejidad y surge el llamado autoconcepto. Es en ese momento cuando comienza a forjarse la imagen o idea que tenemos de nosotros mismos. Pero una vez que surge el autoconcepto en el ser humano no permanece estático, sino que continúa evolucionando a lo largo de todo el ciclo vital, adaptándose a las circunstancias vitales de cada persona (Moreno, 2018). El modelo propuesto por Shavelson, et al., (1976) destaca la existencia de un autoconcepto general que se subdivide en académico y en no académico. Éstos últimos se

subdividen a su vez en otras dimensiones más específicas (figura 1) (Shavelson et al., 1976; citado en Goñi Palacios, 2009).

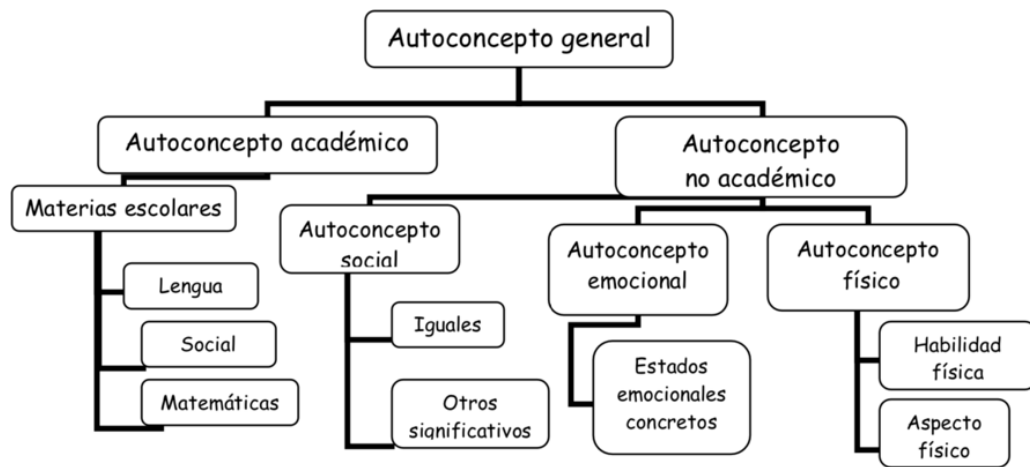


Figura 1. Modelo de Shavelson, Huebner y Stanton (1976)

El autoconcepto presenta dos tipos de juicios de valor pertenecientes a nuestra percepción: descriptivo y evaluativo. En primer lugar, los descriptivos hacen referencia a cómo somos en cuanto a edad, sexo, profesión y/o rol social, características físicas, modos de comportamiento, lazos sociales, etc. Y, en segundo lugar, los juicios evaluativos se refieren a la valoración que damos de nuestras características. En estos juicios la persona manifiesta cómo se representa, conoce y valora a sí misma. Con frecuencia, se usan de manera equivalente autoconcepto y autoestima, pero las diferencias entre ambos están claramente establecidas por la comunidad científica, siendo la autoestima el aspecto evaluativo o afectivo del autoconcepto físico (Cardenal y Fierro, 2003). Por tanto, podemos decir que el autoconcepto físico es una representación mental que se forma al integrar la experiencia corporal y los sentimientos y emociones que ésta produce. Más concretamente la autoestima para Polaino-Lorente (2011) es “la creencia acerca del valor propio, susceptible de dar origen y configurar ciertos sentimientos relevantes acerca de uno mismo y a través de ellos del propio concepto personal, de los demás y del mundo” (Polaino-Lorente, 2011, p. 113). Desde esta óptica, la autoestima se corresponde a una atribución de valor acerca de uno

mismo, que puede ser positiva o negativa. Dicha atribución depende en muchos casos de las que los demás han hecho de esa persona y así se lo han manifestado (Polaino. Lorente, 2011).

Se puede extraer de lo anteriormente mencionado en relación al autoconcepto y la autoestima, que son dos aspectos subjetivos. Es decir, la percepción que se posee de uno mismo y el juicio de valor que se le atribuye a dicha percepción no tienen por qué asemejarse o corresponderse con la realidad objetiva, ya que son interpretaciones personales. Por lo que, si los componentes de la imagen corporal son aspectos subjetivos, ésta también lo es y no tiene por qué corresponder con la realidad objetiva (Moreno, 2018).

2.1. Definición

La definición más clásica del concepto de imagen corporal contiene aportaciones dadas por la fisiología, el psicoanálisis y la sociología dejando excluidos los aspectos más neurológicos. Surge en 1935 de la mano de Schilder, a través de la publicación de una monografía. En ella aparece que “la imagen corporal es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (Schilder, 1950; citado en Baile, 2003, p. 3). Con anterioridad a Schilder, otros autores en trabajos neurológicos, ya hacían referencias a la imagen corporal, éstos se van a exponer a continuación. Bonnier en 1905 asocia el término de “aschemata” a la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral. Por su parte, Pick en 1922, para referirse a problemas con la propia orientación corporal, utiliza el término de “autotopagnosia”. Además, este autor también consideraba que cada persona desarrollaba una imagen espacial del propio cuerpo, siendo ésta una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial (Baile, 2003). El término esquema corporal aparece de la mano de Henry Head en los años 20, que lo definía como “un modelo o imagen de sí mismo, que construye cada individuo, y que constituye un standard con el cual se comparan los movimientos del cuerpo” (Baile, 2003, p. 3). Bruch (1962) fue el primer autor que consideró como relevante la imagen corporal en anorexia nerviosa. Siendo éste el inicio en la formación y desarrollo

de la conciencia en el mundo científico la investigación con el fin de saber qué es la imagen corporal y cómo se podría evaluar (Bruch, 1962; citado en Baile, 2003). Es con posterioridad, cuando se amplía el concepto de imagen corporal, incluyéndose dos componentes que se refieren a la percepción y a la actitud. Más concretamente la definición que se propone para referirse a la imagen corporal es que “la imagen corporal es una representación mental del tamaño, figura y forma de nuestros cuerpos; y los sentimientos que nos producen estas características y las partes constituyentes del cuerpo” (Slade, 1994; citado en Baile, 2003, p.7). Slade (1944) generó un modelo explicativo sobre la imagen corporal que corresponde con una adaptación (figura 2).

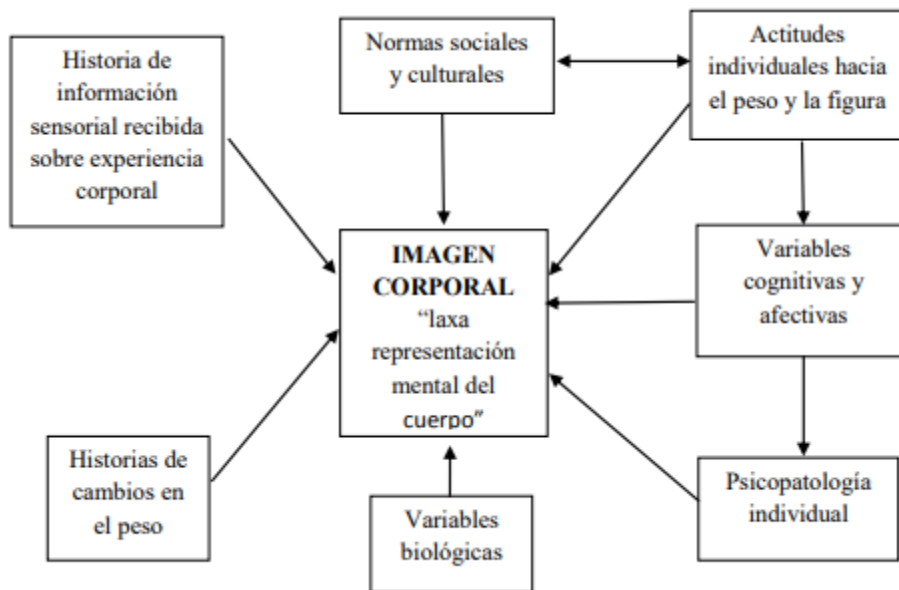


Figura 2. Modelo de Imagen Corporal de Slade (1994)

Pruzinsky y Cash (1990) proponen la existencia de varias imágenes corporales interrelacionadas que se tratan de una imagen perceptual, una cognitiva y una emocional. En concordancia con estos autores, la imagen del propio cuerpo que cada persona tiene es una experiencia subjetiva que no tiene por qué relacionarse con la realidad objetiva (Pruzinsky y Cash (1990); citado en Baile, 2003). Además, propusieron unas características comunes sobre la imagen corporal que corresponden con (Pruzinsky y Cash (1990); citado en Baile, 2003, p. 6):

- Concepto multifacético.
- La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia.
- Está socialmente determinada debido a las influencias sociales a las que se está sometido desde el nacimiento.
- No es estático, sino que varía a lo largo del ciclo vital por lo que es dinámico.
- Influye en el procesamiento de información y en el comportamiento.

Por su parte, Thompson (1990) añade al concepto de imagen corporal, mencionado con anterioridad, un factor conductual que se refiere a las conductas que tienen su inicio en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. (Thompson 1990; citado en Baile, 2003). Raich et al., (1996) proponen una definición integradora haciendo referencia a que “la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo” (Raich et al., 1996; citado en Baile, 2003, p. 8). Esta definición del constructo incluye aspectos cognitivos, emocionales, perceptivos y conductuales que se relacionan con el propio cuerpo (Raich et al., 1996; citado en Baile, 2003).

Como ha podido verse, son muchas las posturas o definiciones que ha ido adoptando el concepto de imagen corporal. Esto ha llevado a la ausencia de un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, cómo se evalúa o cómo se manifiesta una alteración de la misma. Para poner remedio a esto y poder avanzar en la precisión de dicho término es necesario considerar que corresponde a un constructo teórico multidimensional, y sólo haciendo referencia a varios factores implicados se podrá averiguar a qué nos referimos cuando se habla de imagen corporal (Baile, 2003).

2.2. Alteración de la imagen corporal: Insatisfacción corporal.

Nuestra sociedad occidental identifica al cuerpo y a sus cuidados en un negocio, generando una preocupación por el mismo y así ha pasado a considerarse como una fuente de consumo y una industria. Esto ha conllevado que gran parte de la población esté enfocada en como es su aspecto corporal produciendo que no se encuentren satisfechos con él, pudiendo abarcar desde una preocupación normal hasta llegar a ser considerada como una preocupación que afecta al funcionamiento normal del individuo, es decir, patológica. Además de verse afectado esto último, también en la patología se presenta preocupación e insatisfacción con el cuerpo. Éstas no se corresponden a la realidad objetiva, sino que ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la rutina diaria, así termina siendo un síntoma principal de un trastorno, como en los TCA, o un trastorno en sí mismo como el Trastorno Dismórfico Corporal (anexo I) (Salaberria et al., 2007).

Es de la mano de Morselli, a finales del siglo XIX, cuando comienzan a aparecer términos relacionados con alteración de la imagen corporal, como es el caso de la dismorfofobia (miedo a la propia forma del cuerpo) o por Janet en 1903 refiriéndose a “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo” (Raich, 2000; citado en Baile, 2003, p. 9). Con posterioridad, Bruch (1962) como se ha mencionado en el apartado anterior, describía una alteración de la imagen corporal en las mujeres con anorexia nerviosa y la conceptuaba como una distorsión en la percepción del tamaño del cuerpo (Bruch, 1962; citado en Baile, 2003).

Garner y Garfinkel (1981) en una revisión sobre sistemas de evaluación de la imagen corporal en anorexia nerviosa, plantean que la alteración se manifieste en dos niveles: perceptual y/o cognitivo-afectivo. La primera se refiere a que la alteración se manifiesta en la incapacidad para estimar con exactitud el tamaño corporal. La segunda, la alteración se manifiesta por la presencia de pensamientos o emociones negativos generados por la apariencia física (Garner y Garkinfel, 1981; citado en Baile, 2003). A partir de este planteamiento, se plantea la necesidad de especificar a qué se refiere la alteración de la imagen del cuerpo y sobre qué aspecto de la misma se considera alterado. Así, el término distorsión perceptual se refiere a la alteración de la imagen corporal en la estimación de tamaño, e insatisfacción corporal a la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y

forma del cuerpo. A pesar de esta diferenciación, se sigue considerando ambos conceptos como sinónimos y se utilizan indistintamente (Gardner y Stark, 1999; citado en Baile, 2003). Rosen (1995), por su parte, destaca cuatro niveles de respuesta en los que se presentan síntomas correspondientes a las alteraciones de la imagen corporal. Primero, el nivel psicofisiológico que se refiere a las respuestas de activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Para el nivel conductual serían las conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización, entre otros. En el nivel cognitivo se encuentran la preocupación intensa, creencias irracionales, autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo, entre otros. Y, por último, el nivel emocional se refiere a la insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, entre otros (Rosen, 1995; citado en Salaberria et al., 2007).

Más recientemente, la insatisfacción corporal se ha definido como “el conjunto de alteraciones cognitivas, actitudinales y motivacionales que generan en las personas que la sufren un sentimiento de rechazo y desagrado, así como la evitación del propio cuerpo” (Tuschen-Caffeier et al., 2003, Vocks et al., 2007; citado en Díaz, 2015, p. 3).

A nivel cognitivo, Cash (1991) señala los principales esquemas cognitivos asociados con la imagen del cuerpo y que se manifiesta en las personas no satisfechas con su propio cuerpo (Cash, 1991; citado en Salaberria et al., 2007). Aquí se puede ver cómo estos sujetos presentan unas suposiciones que se basan en distintas necesidades como “la de perfección, agradar para ser aceptado por los demás, de presentar a los demás una apariencia física perfecta y la creencia de que es terrible que otros vean las propias imperfecciones” (Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1993; citado en Salaberria et al., 2007, p. 175).

Para que de lugar el surgimiento de una imagen negativa del propio cuerpo es necesaria la existencia de factores predisponentes y factores de mantenimiento. En relación con los factores predisponentes a presentar insatisfacción corporal, se puede decir que se refieren a los sociales y culturales, modelos familiares, características personales, desarrollo físico y feedback social, entre

otros. Todos estos factores favorecen que se forme la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, percepciones, y emociones sobre la apariencia de tipo negativo e insatisfactorio. En cuanto a los factores de mantenimiento, se puede hablar de dos: un suceso activante, y la disforia y malestar (Salaberria et al., 2007). “Un suceso activante que hace referencia a la exposición del cuerpo, el escrutinio social, entre otros. Éstos generan el inicio del esquema de la imagen corporal de tipo negativo y que producen malestar” (Salaberria et al., 2007, p. 177). “La disforia y el malestar conducen a hacer conductas evitativas, comprobaciones activantes de pensamientos y evaluaciones negativas a si mismo que la realimentan y que no son eficaces para manejar las situaciones, las emociones, las preocupaciones y los pensamientos negativos resultando ser factores de mantenimiento del trastorno” (Salaberria et al., 2007, p. 177).

Como ya se ha dicho anteriormente, la insatisfacción corporal puede ser un síntoma principal de un trastorno o un trastorno en sí mismo. Se relaciona con comportamientos y actitudes hacia la comida, como llevar a cabo dietas restrictivas, falta de control sobre la ingesta y la presencia de síntomas propios de la bulimia nerviosa (Díaz, 2015). Las consecuencias comórbidas que se producen en el individuo son: “baja autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de TCA, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, etc. de forma reiterada y con demandas irracionales” (Salaberria et al., 2007, p. 175).

2.2.1. Estudios relacionados con la insatisfacción corporal

Las propuestas teóricas que se dedican a exponer la posible influencia de la obesidad en la baja autoestima y la depresión, relacionan estos problemas a no sentirse satisfecho con el propio cuerpo que se muestra tras no conseguir el estándar de delgadez impuesto por la sociedad. Así, estas personas sufren del estigma y la crítica por parte de los medios de comunicación, la familia y los iguales (Dohnt y Tiggemann, 2006; Knauss et al., 2007; Puhl y Latner, 2007; Ricciardelli, et al., 2003; citado en Contreras-Valdez et al., 2016). En esta misma línea, se ha extraído que en la etapa adolescente el no estar satisfecho con el cuerpo es elevado. A pesar de ello, comienza a

manifestarse en la infancia pero es en la adolescencia cuando se establece en su totalidad (Kostanski y Gullone, 1998; citado en Contreras-Valdez et al., 2016).

Quittkat et al., (2019) propusieron que la insatisfacción corporal sería más elevada en las mujeres que en los hombres y que permanecería estable a través de la edad en las mujeres. Además, examinaron una posible influencia de la edad en la insatisfacción corporal de los hombres. Se obtuvo que el género tiene un efecto significativo, debido a que las mujeres mostraron mayor insatisfacción corporal que los hombres. Para las mujeres, se confirmó que la insatisfacción del cuerpo no está influenciada por la edad. Sin embargo, un estudio de Öberg y Tornstam (1999) encontró que la satisfacción corporal era mayor en mujeres mayores que en mujeres más jóvenes, lo que también contrasta con sus hallazgos, ya que no encontraron ninguna influencia de la edad en la insatisfacción corporal. Para los hombres, los resultados indicaron que la insatisfacción del cuerpo sigue siendo estable a través de diferentes edades (Öberg y Tornstam, 1999; citado en Quittkat et al., 2019).

Maganto y Cruz (2000) estudiaron la existencia de diferencias significativas en la distorsión e insatisfacción corporal en función del género en 200 adolescentes de entre 13 y 17 años. Los resultados arrojaron que la distorsión y la insatisfacción corporal es una cuestión de género, es decir, predominante en el femenino. No obstante, la relación entre la variable distorsión y género es más alta que entre insatisfacción y género, lo que significa que los chicos apenas distorsionan su imagen corporal, mientras que la mayoría de las chicas lo hacen.

En una investigación de la mano de Contreras et al., (2016) en la que los participantes eran mujeres preadolescentes, intentaban encontrar la existencia de que distintos pares de factores estuvieran asociados. Estos factores se trataban de la obesidad y la insatisfacción corporal, la autoestima y la depresión. Los resultados obtenidos indicaban que las niñas con obesidad solo presentaban mayor insatisfacción corporal si se comparaba con el grupo de peso normal. Por otra parte, no se encontraron diferencias entre grupos en relación con la autoestima y la depresión que puede deberse a que todas hubieran interiorizado un cuerpo delgado como figura ideal. El no haber

encontrado diferencias entre los grupos supone que la insatisfacción con el cuerpo puede presentarse con independencia del peso (Grogan, 2008; Evans et al., 2013; citado en Contreras-Valdez et al., 2016). A pesar de este resultado, la insatisfacción corporal no medió la relación entre la obesidad y la autoestima, ni entre la obesidad y la depresión (Contreras-Valdez et al., 2016).

Como ya se ha mencionado con anterioridad, de acuerdo con el modelo sociocultural, la insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal y considera que su figura cuerpo no se asemeja a ese ideal. De este modo, la insatisfacción corporal se asocia con opiniones subjetivas sobre el peso y esto hace que se desarrollen con más probabilidad la iniciación a dietas que el propio peso real de la persona (Bunnell et al., 1992; Button, 1990; citado en García y Peresmitré, 2003). En un estudio realizado por Gómez-Peresmitré y García (2002) analizaron de forma simultánea satisfacción-insatisfacción, nacionalidad (mexicana-española) y seguimiento de dieta en los últimos seis meses. Los resultados que obtuvieron reflejaron diferencias en seguimiento de dieta y nacionalidad, siendo los mexicanos que la hacían aquellos que se sentían más insatisfechos con su imagen del cuerpo que los que no la practicaban. Para la nacionalidad española la relación fue inversa, es decir, que aquellos que no hacían dieta se encontraban más insatisfechos que los que sí la practicaban. Para concluir, la insatisfacción corporal para comprenderla en su totalidad es necesario que se considere la relación conjunta de nacionalidad y régimen alimentario restrictivo.

3. Mastectomía en cáncer de mama

Es a partir del año 1940, cuando la incidencia del cáncer de mama ha ido en aumento situándose en incrementos anuales del 1-4% con independencia del nivel de desarrollo de los países. Esa tendencia de aumento se vio acentuada de forma dramática entre finales de 1980 y principios del siglo actual (Bonilla et al., 2017). Este aumento en la incidencia está asociado con un aumento en la conciencia pública sobre la enfermedad, que se tradujo en una mayor aplicación

de mamografías en pacientes asintomáticos. Así, la detección temprana facilitó que se detectaran tumores pequeños en los senos en la fase inicial de la enfermedad, generando así que las tasas de supervivencia mejoraran para los casos diagnosticados en este tiempo. (Miller et al., 1993). En cuanto a estos últimos años, comenzó un descenso de la incidencia del 2'4% anual en las mujeres de 45 a 64 años. Sin embargo, en mujeres mayores de 64 años siguió aumentando con una tasa anual del 3'3%, posteriormente, se ha estabilizado (Bonilla et al., 2017).

El cáncer de mama representa uno de los cánceres más significativos y frecuentes en la población femenina. La prevalencia para el año 2018 en población general española se sitúa en torno al 16,8%. En población femenina española el cáncer de mama representa una prevalencia del 36,2%. Esto se traduce en 129.928 casos (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020). La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años de edad, con un máximo entre los 45 y los 65 (Martín et al., 2015). A nivel global, en 2018, el cáncer de mama representa el 6'6% de los fallecimientos por tumores. En cifras este dato equivale a 626.679 de fallecimientos, del total que son más de 9 millones. La mortalidad que corresponde a España para ese mismo año es de 6.621 casos, de los que el 98% se refiere a mujeres y el 2% restante a hombres (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020). En esta línea, la tasa de supervivencia neta correspondiente al sexenio 2008-2013 en España, según la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) es del 86% en mujeres. En hombres no se encuentran disponibles estos datos debido a que es mínima la existencia de este tipo de tumor en ellos (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020).

Existen unos factores de riesgo, en población española, que potencian la posibilidad de sufrir este cáncer y están recogidos en Martín et al. (2015), que permiten identificar a las mujeres con mayor predisposición para que puedan entrar en programas de vigilancia que permitan su diagnóstico precoz. Éstos se pueden clasificar en sexo, edad, nivel socioeconómico y lugar de residencia, patrón de paridad occidental, estilo de vida, factores hereditarios, lesiones mamarias indicadoras de riesgo y tratamiento hormonal:

- El cáncer de mama afecta principalmente a las mujeres, aunque los hombres también pueden padecerlo.

- Para la edad, es alrededor de los 56 años donde se ajusta el promedio del momento del diagnóstico.
- Presentar un mayor nivel educacional, ocupacional y económico, junto con vivir en áreas urbanas incrementa el riesgo.
- El patrón de paridad occidental, que se caracteriza por embarazos mínimos y en edades tardías. Concretamente, se ha detectado un aumento en la aparición de nuevos casos de cáncer de mama en mujeres menores de 45 años que posiblemente sea debido a la disminución de la natalidad.
- El sobrepeso y la vida sedentaria aumentan el riesgo. Además, el 23'6% de los casos de cáncer de mama en mujeres que se encuentran en la etapa de la postmenopausia se atribuyen a padecer obesidad.
- Antecedente con cáncer de mama y/u ovario.
- También, la presencia de lesiones mamarias indicadoras de riesgo como: la adenosis esclerosante, papilomas intraductales, entre otras.
- Exposición de forma persistente a altas concentraciones de estrógenos. Esto ocurre en mujeres con menarquia precoz, menopausia tardía y que no tienen hijos. Los anticonceptivos orales y los programas de estimulación ovárica en tratamientos de fertilidad no están claramente relacionados con un mayor riesgo de padecer cáncer de mama.

Actualmente no existe la posibilidad de hacer intervención sobre los factores de riesgo descritos con anterioridad, la única manera es a través de la detección precoz que ha demostrado ser un método eficaz para disminuir la mortalidad por cáncer de mama, concretamente mediante la autoexploración mamaria, la exploración médica y el screening mamográfico (Ascunce et al., 2012; Gutiérrez y Esquivel, 2010). De hecho, toda la población femenina española de entre 50 y 69 años tiene acceso a Programas de Cribado Organizados de cáncer de mama mediante mamografía (Ascunce et al., 2012). La detección de un tumor se suele dar en las fases iniciales del mismo, con la ventaja de poder ser tratado y curado en dichas fases reduciendo la mortalidad (González y González, 2007). El tratamiento del cáncer de mama puede adoptar distintas vías, que son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y hormonoterapia (Gutiérrez y Esquivel, 2010). Dentro de la cirugía se puede encontrar el tratamiento conservador de la mama, la biopsia selectiva del ganglio

centinela, la linfadenectomía axilar y la mastectomía, con reconstrucción mamaria inmediata o sin ella en función del deseo y las condiciones de la mujer (Martín et al., 2015), y es esta última en la que nos vamos a enfocar en las siguientes líneas.

Los primeros datos que se conocen relacionados con la mastectomía para patología mamaria se sitúan en torno al 1600 a.C., aquí informaban de tumoraciones calientes al tacto en las mamas que las trataban con la extirpación del seno mediante instrumentos cortantes o quemando la lesión con fuego. Actualmente, se conocen dentro de la mastectomía diferentes variaciones, que van de mayor a menor grado de agresividad en el tratamiento (Cruz-Benítez y Morales-Hernández, 2014). La mastectomía radical surgió en el siglo XIX de la mano de Halsted y de Mayer, y consiste en la extirpación de la glándula mamaria, ambos pectorales y el vaciamiento axilar completo. La incisión empleada era vertical, y los resultados estéticos eran pésimos. La mastectomía radical ampliada consistía en la extirpación de los ganglios mamarios internos con la pared ósea torácica, pero está en desuso actualmente. La mastectomía superradical, también en desuso, consistía en realizar una mastectomía radical ampliada junto con la disección de los ganglios supraclaviculares extirpando parte de la clavícula y de la dos primeras costillas. Una superación de la anterior, que también se encuentra en desuso, es la mastectomía superradical de prudente, que consistía en una mastectomía superradical con el añadido de la desarticulación interescapulotorácica del brazo homolateral. Después, surgió la mastectomía radical modificada que es la que más indicaciones posee actualmente y la que mayormente se practica. Ésta tiene dos variantes la de Patey, y la de Madden y Auchincloss. Ambas extirpan la glándula mamaria y vacían el axilar completo, pero se diferencian en que la de Patey al practicar la extirpación también conlleva la del pectoral menor y la fascia del pectoral mayor. Sin embargo, la de Madden y Auchincloss tiene el añadido de la incisión horizontal, lo que produce un mejor resultado estético. La mastectomía simple tiene una finalidad paliativa y no curativa. La subcutánea extirpa la mayor parte de la glándula mamaria conservando la piel, pezón y areola sin realizar vaciamiento axilar, indicada para aquellas con un alto riesgo de desarrollar cáncer de mama o que presenten enfermedad mamaria benigna extensa (Cruz-Benítez y Morales-Hernández, 2014). La mastectomía radical modificada como intervención en cáncer de mama sigue vigente en pacientes en estadios I y II del cáncer. Debido a indicación

médica, a preferencia personal de la mujer o por el medio en el que se encuentre (Del Val Gil et al., 2001).

Al realizar la mastectomía, se produce una secuela física inmediata que se corresponde con la mutilación del seno. Este resultado va a producir de forma irrevocable en la mujer diversos conflictos que van a impactar en tres áreas principales: emocional, cognitiva y conductual. Principalmente se debe a que culturalmente los senos son concebidos como símbolo de mujer, feminidad y capacidad reproductora. Con respecto, al nivel emocional se encuentran asociados la frustración, tristeza, enojo, síntomas ansiosos y depresivos. Estos síntomas depresivos correlacionan positivamente con el estrés (Martínez-Basurto et al., 2014). No solo se ve afectada el área emocional como consecuencia de la cirugía, sino también por el significado que le atribuye a ese suceso. Además, esa valoración del suceso está mediada por las creencias de cada mujer con respecto a sí misma y su imagen corporal, lo que correspondería con el área cognitiva. Aquí, las estrategias de afrontamiento y las características de personalidad de cada una van a determinar la intensidad con la que van a vivir esas consecuencias. Si la valoración es poco funcional, ilógica, poco empírica e inconsistente con la realidad se va a dificultar la obtención de metas por parte de la mujer (Martínez-Basurto et al., 2014). Otro aspecto cognitivo que se presenta en forma de distorsión es la atención selectiva sobre el seno, debido a que la alteración de la simetría corporal es entendida como una deformidad, y también suelen magnificar el tamaño de las cicatrices. Generando creencias disfuncionales relacionadas con la pérdida del atractivo personal, de su valor como persona y de la identidad sexual (Rojas, 2006). Siguiendo dentro del mismo nivel, los pensamientos acerca de percibirse deformada producen que las relaciones sociales se vean afectadas, en forma de evitación situacional y produciendo en la mujer un estado de alerta continuo acerca de la propia imagen (Flórez, 1994; citado en Martínez-Basurto et al., 2014). Los aspectos emocionales y cognitivos mencionados van a influir en la conducta. A nivel conductual, las creencias irracionales pueden generar conductas adaptativas, como la fragilidad a seguir el tratamiento prescrito, aislamiento, evitación de situaciones que hagan que se pueda ver la zona afectada, cambio en el estilo de ropa, problemas sexuales y la inadaptación a la enfermedad, las cuales conllevan diversas complicaciones físicas y psicológicas. Es el apoyo psicooncológico esencial para que estas mujeres desarrollen habilidades cognitivas, conductuales y para regular sus

con el fin de que les permitan disminuir los efectos de estos cambios en el cuerpo y así permitir que aumente el sentimiento de comodidad consigo misma y se sienta menos limitada (Martínez-Basurto et al., 2014).

4. La imagen e insatisfacción corporales en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas

La imagen corporal se encuentra asociada con distintos aspectos como son la autoestima, la identidad, la actitud hacia la apariencia física, el funcionamiento sexual, el sentirse atractivo físicamente, la percepción del cuerpo como una totalidad, el estado de salud y el funcionamiento físico base (Falk Dahl et al., 2010). La identificación del cáncer de mama va a producir en estas mujeres sensaciones de angustia y miedo que perturbarán toda las áreas vitales y su funcionamiento, viéndose amenazados tanto su integridad como su identidad (Claudel y Hernández, 1985).

En nuestra cultura occidental, los pechos son percibidos como un símbolo de mujer, feminidad y capacidad reproductora, erotismo, sensualidad y sexualidad (Pires y Nobre, 2003; citado en Martínez-Basurto et al., 2014). Ante esto, la pérdida de un seno produce unas consecuencias psicológicas que van a repercutir de manera significativa en cómo perciben la propia imagen de su cuerpo. Estas consecuencias pueden llegar a desarrollar, en una alta probabilidad, problemas psicológicos y sociales. La manera en la que enfrenten, estas mujeres, el impacto psicológico de la ausencia del seno, será mediada por lo que hagan o dejen hacer con respecto a su salud (Martínez-Basurto et al., 2014). En este sentido las mujeres que poseen una autoestima elevada, un buen apoyo social y adecuados estilos de afrontamiento, tendrán un mayor bienestar psicológico que aquellas que no los posean (García y González, 2007; citado en Martínez-Basurto, 2014).

A continuación, se presentan diferentes estudios que se han llevado a cabo con mujeres con cáncer de mama sometidas a una mastectomía, en relación a la insatisfacción corporal. Antes de entrar en materia es necesario aclarar que los estudios disponibles que se ocupan exclusivamente de qué es lo que sucede sobre la imagen corporal después de la pérdida del pecho son limitados. Esto supone una dificultad para dilucidar el recorrido de dichos problemas con el paso del tiempo, ya que a menudo no se diferencian en los grupos estudiados el tipo de intervención realizada en cada mujer y el tiempo transcurrido, pudiendo ser diferentes en cada una de ellas. En contraposición, abundan aquellos estudios que intentan esclarecer cuáles son las diferencias en ventajas de las cirugías conservadoras de mama frente a las que producen la pérdida de la mama (Vázquez-Ortiz et al., 2010).

Sabiston et al. (2010), encontraron que aquellas mujeres que se sometían a una mastectomía presentaban una insatisfacción corporal elevada en los primeros meses después de la cirugía, e iba disminuyendo conforme el pasaba el tiempo, aunque según Vázquez-Ortiz et al. (2011) es a los dos años de la mastectomía cuando se produce una mayor afectación de la satisfacción corporal. En relación con lo anterior, lo que sucede con la edad es un fenómeno similar. Esto puede verse en Amayra et al., (2001) que proponen que la edad de estas mujeres es un factor que puede modular el impacto ante la pérdida o deformidad de los senos. Concretamente, son aquellas mujeres solteras que no disponen de pareja sentimental donde se ha reflejado una mayor percepción de amenaza al autoconcepto de feminidad, probablemente debido a que sus atractivo y fertilidad están en auge. En la adultez se priorizaría más la funcionalidad del cuerpo que la propia apariencia física (Sabiston et al., 2010).

En relación con la autoestima, la imagen corporal de estas mujeres es como si estuviera agrietada, y el seno o senos que se retiran son percibidos como una pieza ausente en su representación subjetiva (Moreira et al., 2010; citado en Varela et al., 2017). Frierson et al., (2006) encontraron que la presencia de pensamientos intrusivos sobre la propia valía, la ausencia del pecho o la presencia de una marca en la piel como una cicatriz, hacía que estas mujeres redujeran la

totalidad de su apariencia y de sí misma a la ausencia del pecho perdido (Frierson et al., 2006; citado en Varela et al., 2017).

En un estudio llevado a cabo por Claudel y Hernández (1985) se concluyó que el 85% de las participantes mastectomizadas consideraban como una agresión y mutilación de su feminidad la ausencia del pecho. El 10% de ellas manifestaban que dejaron de ser mujeres a partir de ese momento. La gran parte de las participantes expresaron que las preocupaciones que más abundaban eran sobre todo estéticas, la pérdida de un atributo físico que difícilmente pueden ocultar. Sin embargo, las más jóvenes manifestaron que su mayor preocupación como consecuencia de la pérdida del pecho era sobre todo sexual. Esto último produce en la mayoría de estas mujeres un elevado nivel de angustia debido a la dificultad de disimular la ausencia de un pecho, fenómeno por el cual sienten vergüenza. En relación con esto, las conductas que mayormente llevan a cabo son cambios en su vestuario buscando disimular la ausencia del pecho. Se debe a que además de la pérdida del seno les ha supuesto otras pérdidas colaterales como pérdida de libertad en cuanto a lo que pueden usar para vestirse y/o no participar en actividades en las que se puedan exponer a la valoración de los demás. En concordancia con los resultados anteriores, Achte et al. (1987) en una investigación en la que los participantes se dividían en dos: mujeres mastectomizadas y mujeres sanas, observaron la presencia de insatisfacción corporal en mujeres mastectomizadas. Esto se pudo ver en la cantidad de molestias que presentaban, relacionadas con la vergüenza y con los problemas para verse desnudas frente a un espejo. Asimismo, del estudio de Rosbund-Zickert (1989) se extrae que las principales quejas de las mujeres mastectomizadas corresponden a los problemas relacionados con las prendas de vestir (ya que intentan ocultar la ausencia del pecho con ropa holgada), incomodidad en expresiones afectivas como los abrazos debido a la preocupación de estas mujeres de que un tercero se percate de la ausencia del pecho, dificultad para verse desnudas ante el espejo y sentimientos negativos por percibirse asimétricas.

Otro de los factores relacionado con la imagen corporal es el tipo de cirugía y cómo ésta se ve involucrada en los aspectos psicológicos de estas mujeres. Härtl et al. (2003) encontraron que aquellas que se habían sometido a una mastectomía mostraban una percepción de la imagen

corporal menos favorable en comparación con las mujeres que se habían sometido a una cirugía conservadora de mama. También en mujeres con cáncer de mama mayores de 67 años encontraron Figueredo et al. (2004) que las sometidas a una mastectomía mostraban más preocupación por la imagen corporal que las que se sometieron a la cirugía conservadora de mama. Por otro lado, una mayor ansiedad, depresión e insatisfacción corporal se presenta en mujeres que han sufrido una mastectomía que aquellas que se han sometido a cirugías conservadoras y reconstructivas. También, si la reconstrucción mamaria se efectúa en la misma cirugía de la mastectomía, la insatisfacción corporal presentada será menor que si no se realiza reconstrucción (Valera et al., 2017).

5. Influencia de la imagen e insatisfacción corporales en la sexualidad de estas mujeres

Uno de los aspectos que se ve más afectado tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama es la sexualidad. Popularmente, el término sexualidad se ha considerado siempre asociado a la etapa reproductiva de los seres humanos dejando excluidas algunas etapas vitales como son la infancia y la vejez. Esto se ha debido principalmente a la reducción de sexualidad a genitalidad, de ahí los prejuicios y mitos que acarrearán estas dos etapas (Font, 2018). Una definición más exacta y realista viene dada de la mano de De la Gándara y Puigvert (2005), que hablan de la sexualidad humana como un proceso que comienza desde el nacimiento, y pone su fin con la muerte. Ese proceso se ve afectado por multitud de factores como los biológicos, los psicológicos y los sociales, también entran en juego las creencias, valores y cultura de cada sujeto. Así, la sexualidad abarca todo el ciclo vital del individuo siendo diferente y/o variando conforme se va desarrollando la persona (De la Gándara y Puigvert, 2005). La sexualidad tiene tres componentes que corresponden al deseo, satisfacción y funcionamiento sexuales. Todos ellos se van a ver involucrados de manera negativa en las mujeres tras la mastectomía generando una disminución en su calidad de vida (Poinot et al., 2005; citado en Cucarella, 2013).

La sexualidad se va a ver afectada en estas mujeres por la insatisfacción corporal generada debido a la alteración de la propia imagen al perder el pecho. Además de que se vea afectada la calidad de vida, como ya se ha comentado antes, el bienestar subjetivo también se deteriora. Esto se produce a dos niveles que corresponden a los síntomas depresivos y los síntomas ansiosos. Los primeros van a repercutir en el deseo sexual y los segundos, a las relaciones con la pareja y la intimidad (Graiottin y Rovei, 2007).

El deseo sexual es un componente, como ya se ha dicho, de la sexualidad que se ve afectado en estas mujeres tras la operación e incluso antes. Esto puede verse en las investigaciones llevadas a cabo por Ganz., et al (1999) y Burwell et. al (2006) en las que se observaba que, tras la mastectomía, la insatisfacción con la imagen corporal predecía la disminución del interés sexual que se veía acompañado de una baja percepción propia del atractivo sexual (Ganz et al., 1999; Burwell et al., 2006). Además de esto, el deseo y atractivo sexuales también se ven repercutido en las mujeres que están previas a sufrir la menopausia ya que las terapias sistémicas que reciben a través de la quimioterapia y la hormonoterapia van a desembocar en un surgimiento temprano de los síntomas de la menopausia, cambios en la fertilidad y posible infertilidad (Schover, 1991; Tish, 2006). Son estos síntomas, más en concreto el descenso de la lívido, sequedad vaginal, dificultades para llegar al orgasmo, dispareunia, percepción disminuida de atractivo y feminidad, los que están englobados en el deseo y atractivo (Tish, 2006). La frecuencia de estos síntomas asociados a la menopausia se puede corroborar en investigaciones como la de Avis et al., (2004) que observaron que en la mayoría de las participantes premenopáusicas los presentaban (Avis et al., 2004; citado en Cucarella, 2013).

Otros de los factores afectados corresponden con el funcionamiento y satisfacción sexuales. Este se ve deteriorado mediante la disminución de la frecuencia de la relación sexual, que se produce en las mujeres con cáncer de mama en general y las mastectomizadas en concreto (Takahashi et al., 2008). De nuevo la edad se ve envuelta ya que es en aquellas menores de 50 años donde los cambios comentados se hacen más significantes, debido al interés y excitación sexual

disminuidos, a la dificultad para relajarse y disfrutar del sexo, así como la dificultad para llegar al orgasmo en los primeros meses después de la cirugía (Burwell et al., 2006). Aquí, se ve relacionado también el hecho de tener pareja ya que perciben que son rechazadas por parte de su pareja y consideran que este hecho les va a producir incapacidad para funcionar de forma plena como compañera sexual. Estos factores unidos a la presencia de síntomas depresivos van a desembocar en que estas mujeres modifiquen sus relaciones interpersonales (Vázquez-Ortiz, 2010). En esta línea, el desarrollo de la relación de pareja también se ve afectado en función de si con anterioridad al cáncer estaba ya deteriorada o no. En este sentido, se ha encontrado que los conflictos generados tras el tratamiento se resuelven con eficacia, pero si proceden del pasado es mayor la probabilidad de que sufran mayor presión y acabe en ruptura (Varela et al., 2014). Pero, por otra parte, en un estudio realizado por Claudet y Fernández (1985), el 11% de las participantes en relación de pareja señalaron una mejora en dicha relación después de la mastectomía, manifestándose en un aumento del apoyo psicoafectivo por parte del conyugue. En otra línea a lo anterior descrito pero perteneciente al funcionamiento sexual se refiere a los cambios en el orden en el que se desarrolla la actividad sexual con la pareja. Es decir, al no estar presente el pecho de la mujer no se puede producir el tocamiento de las mamas como forma de excitación a la mujer. Esto si no se consensua con la pareja puede llegar a desembocar en dificultades en el funcionamiento sexual, debido a la incomodidad e insatisfacción sufrida por la mujer (Zúñiga-Váscones, 2019). En concordancia con el estudio anterior, Vílchez et al., (2017) observaron que la mitad de sus participantes mastectomizadas sufrieron esos cambios en relación a la excitación con el tocamiento de los pechos, manifestando que generó en estas mujeres un deterioro en su propia valoración sobre su desnudez y atractivo físico (Vílchez et al., 2017; citado en Zúñiga-Váscones, 2019).

Las disfunciones sexuales también son una consecuencia agravada en estas mujeres mastectomizadas. Más en concreto, en una investigación de la mano de Camejo et al., (2020) observaron en una muestra de 48 mujeres con cáncer de mama con un promedio de edad de 46'8 años, que el aumento de las disfunciones tras la intervención era significativo con respecto a la etapa previa de la operación (Camejo et al., 2020). Estos resultados van en concordancia con los de Córdoba-de Juan et al., (2019) que observaban mayor frecuencia de disfunciones sexuales en mujeres mastectomizadas que las sometidas a otra intervención. En esta línea, se encontraron que

del total de las participantes mastectomizadas un 77'4% presentaban disfunciones sexuales, en concreto, se referían a trastornos de interés/excitación, trastorno orgásmico, dispareunia. Aunque destacan que la presencia de estas disfunciones pueda no deberse directamente a la cirugía que conlleva la pérdida del pecho, sino a que estas mujeres se encuentren en el inicio de la etapa menopáusica (Córdoba-de Juan et al., 2019).

Por último, en un estudio de Lumbreras y Blasco (2008) se enfatizan cuáles son los efectos que benefician a estas mujeres en las intervenciones psicoterapéuticas que tienen el objetivo de mejorar el ajuste sexual de las mismas. Aquí se han conseguido que el nivel de deseo sexual y la calidad de la relación de pareja mejoren, y también han disminuido las molestias genitales (como la sequedad vaginal) durante las relaciones íntimas (Lumbreras y Blasco, 2008; citado en Vázquez-Ortiz, 2010). Por su parte, Sebastián et al. (2007), también llegaron a la conclusión de que el programa de intervención psicosocial sobre la autoestima y sobre la imagen corporal de mujeres en tratamiento por cáncer de mama era eficaz para ello (Vázquez-Ortiz et al., 2010).

6. Conclusiones

En el presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión de la literatura para recabar información acerca de cómo afecta la imagen e insatisfacción corporales en las mujeres con cáncer de mama sometidas a una mastectomía. Se ha visto a lo largo del trabajo la importancia que posee la imagen corporal en la población general, y en concreto en las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas. La imagen corporal puede definirse como un constructo en el que se incluyen aspectos cognitivos, emocionales, perceptivos y conductuales que se relacionan con el cuerpo de la persona y que van cambiando conforme va desarrollándose el propio individuo. Conforme el individuo va creciendo se va viendo afectado por la cultura en la que está inmerso, generando en la imagen corporal y en éste un intento de pertenecer a los cánones de belleza regidos por esa

sociedad cultural. Las consecuencias de esto, sobre todo en población femenina, se traducen en insatisfacción con la figura corporal pudiendo llegar a generar una preocupación patológica por el cuerpo que interfiera en su funcionamiento vital y puede verse manifestada en trastornos psicológicos como los TCA o el Trastorno Dismórfico Corporal. Los principales resultados encontrados dentro de las investigaciones con insatisfacción corporal concluyen que las mujeres tienden a sentir más insatisfacción corporal que los hombres, sobre todo las mujeres jóvenes y adolescentes (Raich et al., 1996; Rodríguez y Cruz, 2008; Salaberria et al., 2007).

Una de las poblaciones que se ven más gravemente afectadas por la insatisfacción corporal corresponde con las mujeres con cáncer de mama sometidas a una mastectomía. El cáncer de mama representa uno de los cánceres más significativos y frecuentes en la población general femenina, y específico la española. Una de las intervenciones que se practican a estas mujeres se basa en la extirpación del pecho, denominada mastectomía. Esta técnica produce de forma inmediata la mutilación de la mama, que va a provocar una cascada de problemas en las áreas emocional, cognitiva y conductual viéndose amenazados tanto su integridad como su identidad como mujer. Será crucial una autoestima elevada, un buen apoyo social y adecuados estilos de afrontamiento para que estos problemas no lleguen a afectar de forma significativa en estas mujeres. Siguiendo la línea de este trabajo, la insatisfacción corporal genera que en esta población se vea afectada un aspecto vital de estas mujeres: la sexualidad (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020; Martín et al., 2015; Cruz-Benítez y Morales-Hernández, 2014; Claudel y Hernández, 1985; García y González, 2007; Pires y Nobre, 2003).

La sexualidad se ha considerado siempre asociada a la etapa reproductiva de los seres humanos dejando excluidas la infancia y la vejez. Esto se ha debido principalmente a la reducción de sexualidad a genitalidad, de ahí los prejuicios y mitos que acarrearán estas dos etapas. Posee tres componentes que son el deseo, satisfacción y funcionamiento sexuales, que van a verse deteriorados en la población mastectomizada como consecuencia de la pérdida del pecho y la insatisfacción corporal asociada. Las investigaciones mencionadas en este trabajo acerca de cómo se ve afectada la sexualidad de estas mujeres por la insatisfacción corporal, proponen que tras la

mastectomía se ve deteriorado el interés sexual acompañado de la percepción de su atractivo sexual. Sobre todo, se manifiesta en un rango de edad específico que corresponde a la etapa previa al inicio de la menopausia, estos síntomas generados van a verse aún más pronunciados por las terapias sistémicas que reciben. Otros aspectos que se han encontrado afectados se refieren a la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales y el disfrute de ellas, aquí la etapa premenopáusica también produce que el deterioro sea más significativo. Por otro lado, el hecho de tener pareja también se perturba de tal manera que las mujeres se perciben incapaces de funcionar con plenitud para con su compañero. También los conflictos en pareja serán más pronunciados sin con anterioridad a la enfermedad ya estaban presentes. Otros resultados, afirmaron que se producía un deterioro en su valoración propia sobre su desnudez y atractivo físico como consecuencia de reordenar los pasos en la actividad sexual por la ausencia de caricias en el pecho como forma de excitación. Las disfunciones sexuales también se ven aumentadas como consecuencia de la mastectomía, en concreto abundaban los trastornos de interés/excitación, el trastorno orgásmico y la dispareunia. (Font, 2018; Poinso et al., 2005; Graiottin y Rovei, 2007; Ganz et al., 1999; Burwell et al., 2006; Schover, 1991; Tish, 2006; Takahashi et al., 2008; Vázquez-Ortiz, 2010; Valera et al., 2014; Zúñiga-Váscones, 2019; Vílchez et al., 2017; Córdoba-de Juan et al., 2019).

7. Referencias

- Achte K., Lindfors O., Salokari M-, Vauhkonen M. L., y Lehvonen R. (1987). Psychological adaptation in the first postmastectomy year. *Psychiatria Fennica*, 18, 103-12.
- Amayra, I., Etxeberria, A., y Valdosedá, M. (2001). Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gaceta Médica de Bilbao*, 98(1), 10-15. [https://doi.org/10.1016/S0304-4858\(01\)74348-X](https://doi.org/10.1016/S0304-4858(01)74348-X)
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5. American Psychiatric Pub.
- Ascunce, N., Delfrade, J., Salas, D., Zubizarreta, R., Ederri, M., y Red de Programas de Cribado de Cáncer (2013). Programas de detección precoz de cáncer de mama en España: características y principales resultados. *Medicina Clínica*, 141(1), 13- 23. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.03.030>
- Avis, N., Crawford, S., y Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 13, 295-308. <https://doi.org/10.1002/pon.744>
- Baile, J. I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de Humanidades “Cuadernos del Marqués de San Adrián”*, 2, 53-70.
- Bonilla, J. M., Tabanera, M. T., y Mendoza, L. R. (2017). El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos. *Radiología*, 59(5), 368- 379. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2017.06.003>
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nerviosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187- 194.
- Bunnell, D.W., Cooper, P.J., Hertz, S. y Shenker, I.R. (1992). Body image concerns adolescent. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 79-83.
- Burwell, S., Case, D., Kaelin, C. y Avis, N. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2815-2821. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.04.2499>

- Button, E. (1990). Self-esteem in girls aged 11-12 baseline findings from planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *Journal of Adolescence*, 13, 407-413. [https://doi.org/10.1016/0140-1971\(90\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0140-1971(90)90033-4)
- Camejo, N., Castillo, C., Hernández, A. L., Artagaveytia, N., Amarillo, D., y Delgado, L. (2020). Evaluación de la sexualidad en las pacientes sobrevivientes de cáncer de mama y del grado de interés en resolver sus disfunciones sexuales en la consulta médica. *Anales de la Facultad de Medicina*. <http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2020v7n1a1>
- Canales, I. S., Guerrero, S., Sierra, P., y Calleja, C. (2009). Imagen corporal y prejuicios hacia la gordura en la infancia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 97-107.
- Cardenal, V., y Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de psicología*, 24(1), 101-111. <https://doi.org/10.1174/021093903321329094>
- Cash, T.F. (1991). *Body image therapy: a program for self-directed change*. Guilford.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Guilford Press.
- Castro-Lemus, N. (2017). Re-conceptualización del constructo de imagen corporal desde una perspectiva multidisciplinar. *Arbor*, 192(781), 353.
- Claudiel, P. T., Y Hernández, F. S. (1985). Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 6(2), 29-38.
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., y Freyre, M. Á. (2016). Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in girls with obesity. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.04.001>
- Córdoba-de Juan, C., Arranz-Martín, B., y Torres-Lacomba, M. (2019). Disfunción sexual en mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama. Estudio descriptivo longitudinal. *Fisioterapia*, 41(2), 73-82. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2019.02.002>

- Cruz-Benítez, L., y Morales-Hernández, E. (2014). Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(2), 124-133.
- Cucarella, M. S. P. (2013). Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama.
- De la Gándara, J. J., y Puigvert, A. (2005). Sexualidad Humana: Una aproximación integral. *Editorial médica panamericana*.
- Del Val Gil, J. M., Bañeres, M. L., López, F. R., Martínez, A. U., y Serrano, A. M. (2001). Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. *Cirugía española*, 69(1), 56-65.
[https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(01\)71687-9](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(01)71687-9)
- Díaz, F. (2015). Tratamiento de la insatisfacción corporal: Mecanismos psicológicos y fisiológicos implicados en la terapia de exposición al propio cuerpo.
- Dohnt, H. K. y Tiggemann, M. (2006). Body image concerns in young girls: The role of peers and media prior to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 141-151. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9020-7>
- Evans, E. H., Tovée, M. J., Boothroyd, L. G. y Drewett, R. F. (2013). Body dissatisfaction and disordered eating attitudes in 7- to 11- year-old girls: Testing a sociocultural model. *Body Image*, 10, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.10.001>
- Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fosså, S. D., y Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116(15), 3549-3557.
<https://doi.org/10.1002/cncr.25251>
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4(23), 361-371.
- Figueredo, M., Cullen, J., Hwang, Y., Rowland, J. y Mandelblatt, J. (2004). Breast cancer treatment in older women: does getting what you want improve your long-term body image and mental health? *Journal of Clinical Oncology*, 22(19), 4002-4009.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2004.07.030>
- Flórez Lozano, J. A. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Edika Med.
- Font, P. (2018). Desarrollo psicosexual. *Instituto de Estudios de la sexualidad y la pareja*.

- Frierson, G., Thiel, D., y Andersen, B. (2006). Body change stress for women with breast cancer: The BreastImpact of Treatment Scale. *Annals of Behavioural Medicine*, 32(1), 77-81. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3201_9
- Ganz, P., Desmond, K., Belin, T., Meyerowitz, B. y Rowland, J. (1999). Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 17(8), 2371-2380.
- García, M. V. A., y Peresmitré, G. G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21.
- García, V., González, B. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana/ Bogotá (Colombia)*, 25, 72-80
- Gardner, R. M., y Stark, K. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body image. *Perceptual and Motor Skills*, 89, 981-993. <https://doi.org/10.2466/pms.1999.89.3.981>
- Garner, D.M. y Garkinfel, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatric in Medicine*, 3, 263-284. <https://doi.org/10.2190/R55Q-2U6T-LAM7-RQR7>
- Gómez-Peresmitré, G., y García, M. V. A. (2002). Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural (México/España). *Psicothema*, 14(2), 221-226.
- González, A., y González, M. J. (2007). Los Programas de Detección Precoz del Cáncer de Mama en España. *Psicooncología*, 4.
- Goñi Palacios, E. (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatearen Argitalpen Zerbitzua.
- Graiottin A. y Rovei V. (2007). Sexuality after breast cancer. *Sexologies* 16, 292-298. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2007.06.008>
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. Routledge.

- Gutiérrez, M. C., y Esquivel, J. F. Á. (2010). Cáncer de mama: Etapa clínica en la que se realiza el diagnóstico y tipos histológicos más frecuentes en mujeres que acuden a un hospital de segundo nivel. *Archivos de investigación materno infantil*, 2(2), 85-90.
- Härtl, K., Janni, W., Kästner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B. y Stauber, M. (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14, 1064-1071
- Knauss, C., Paxton, S. J. y Alkaser, F. D. (2007). Relationships amongst body dissatisfaction, internalization of the media body ideal perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body image*, 4, 353-360. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.06.007>
- Kostanski, M. y Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 255-262. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00319>
- Lumbreras, S. G., Blasco, T. (2005). Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 155-70.
- Maganto, C., y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30, 45-48.
- Martín, M., Herrero, A., y Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *Arbor*, 191 (773), 234. <https://doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>
- Martínez-Basurto, A. E., Lozano-Arrazola, A., Rodríguez-Velázquez, A. L., Galindo-Vázquez, O., y Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta mexicana de oncología*, 13(1), 53-58.
- Miller, B. A., Feuer, E. J., y Hankey, B. F. (1993). Recent incidence trends for breast cancer in women and the relevance of early detection: An update. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 43(1), 27-41. <https://doi.org/10.3322/canjclin.43.1.27>
- Moreira, H., Silva, S., y Canavarro, M. C. (2010). The role of appearance investment in the adjustment of women with breast cancer. *Psychooncology*, 19(9), 959-966. <https://doi.org/10.1002/pon.1647>

- Moreno, S. (2018). *Palabras para desnudar un espejo*. Círculo Rojo.
- Neziroglu, F.A. y Yaryura-Tobias, J.A. (1993). Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24, 431-438. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80215-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80215-1)
- Öberg, P., y Tornstam L. (1999). Body images among men and women of different ages. *Ageing and society*, 19, 629. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X99007394>
- Pires, D, y Nobre, A. (2003). Enfrentando a Mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas á sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(001), 155-163. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100017>
- Poinsot R., Brédart A., This P., De La Rochefordière A., Dolbeault S. (2005). The impact of hormone treatment on the quality of life and sexuality of breast cancer patients. *Rev. Francoph Psycho-Oncologie*, 3, 161-169.
- Polaino-Lorente, A. (2011). Una introducción a la psicopatología de la autoestima. *Revista Complutense de Educación*, 11, 105-136.
- Pruzinsky, T. Y Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. *The Guilford Press*, 337-349.
- Puhl, R. M. y Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133, 557-580.
- Quittkat, H. L., Hartmann, A. S., Düsing, R., Buhlmann, U., y Vocks, S. (2019). Body dissatisfaction, importance of appearance and body appreciation in men and women over the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 864. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00864>
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Ediciones Pirámide.
- Raich, R.M, Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 85, 604-624.

- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Holt, K. E. y Finemore, J. (2003). A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24, 475-495. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(03\)00070-4](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(03)00070-4)
- Rodríguez, S. y Cruz, S. (2008). Insatisfacción Corporal en Adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1), 131-137.
- Rojas, M. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Condes*, 17(4), 194-197.
- Rosbund-Zickert, A. M. (1989). Los correlatos psicosociales del cáncer de mama y genitales en la mujer; y un estudio transcultural, España vs. Alemania.
- Rosen, J.C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80008-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80008-2)
- Sabiston, C., Rusticus, S., Brunet, J., McDonough, M., Hadd, V., Hubley, A., y Crocker P. (2010). Invariance test of the multidimensional body self-relations questionnaire: Do women with breast cancer interpret this measure differently? *Quality of Life Research*, 19(8), 1171-1180. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9680-y>
- Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8(2), 171-83.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. International Universities Press.
- Schover, L. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 41(2), 112-120.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Psicooncología*, 18(2), 137-61.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J., y León, J. A. (2001): La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13, 7-16.

- Shavelson, R., Hubner, J., y Stanton, J. (1976). Self concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
<https://doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Slade, P.D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)
- Sociedad Española de Oncología Médica (2020). Las cifras del cáncer en España 2020. SEOM.
<https://seom.org/dmccancer/cifras-del-cancer/>
- Takahashi, M., Ohno, S., Inoue, H., Kataoka, A., Yamaguchi, H., Uchida, Y., Oshima, A., Abiru, K., Ono, K., Noguchi, R. y Kai, I. (2008). Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psycho-Oncology*, 17, 901-907. <https://doi.org/10.1002/pon.1297>
- Thompson, J. K. (1990). Body image disturbance: Assessment and treatment. *Pergamon Press*.
- Tish, M. (2006). The influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. *The Oncologist*, 11, 96-110.
- Tuschen-Caffier, B., Vögele, C., Brachhrt, S. y Hilbert, A. (2003). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 573-586. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.11-2-96>
- Varela, F., del Rocío, M., Valadez Sierra, M. D. L. D., Rivera Heredia, M. E., y Montes Delgado, R. (2017). Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *CONACYT*. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.eicm>
- Vaz, F. J., Peñas, E. V., y Ramos, M. I. (1999). Body image dissatisfaction in bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa. *German Journal of Psychiatry*, 2, 59-74.
- Vázquez-Ortiz, J., Antequera, R., y Blanco Picabia, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7(2- 3), 433-451.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Wächter, A., Wucherer, M. y Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 231-239.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.08.007>

Zúñiga-Váscones, A. (2019). Experiencias sobre sexualidad en un grupo de mujeres mastectomizadas. <http://doi.org/10.26439/ulima.tesis/10632>

8. Anexos

ANEXO I: Criterios Diagnósticos del Trastorno de la Imagen Corporal según el DSM-5

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, averse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

Especificar si:

Con dismorfia muscular: Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.

Especificar si:

Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., “Estoy feo/a” o “Estoy deforme”).

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.