



Intervenciones para el tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer

Una revisión

5 de Julio del 2016

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Máster en Psicología General Sanitaria

Facultad de Ciencias de la Salud, *Universitat Jaume I*

Autora:

Aroa M. Borrás Barrachina

Tutora:

Dra. Berenice Serrano Zárate

En memoria de Estrella

"Juntres, des que vaig aprendre a escriure, fins als inicis d'aquest treball, gràcies"

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecer el excelente trabajo de mi tutora la Dra. Berenice Serrano, por toda la dedicación y atención minuciosa que me ha brindado tanto a mí como a este trabajo, y agradecerle una vez más que aceptara trabajar en el ámbito de la imagen corporal.

Agradecer a mi compañera de la Universidad de Valencia, Ana Soto, que compartiera conmigo sus conocimientos y su experiencia, siempre acompañados de esa sonrisa maravillosa que la caracteriza.

A mi futura directora, la Dra. Pilar Barreto, por ser la que me descubrió un nuevo campo del conocimiento de la psicología, como es la imagen corporal. Siempre recordaré con mucho cariño esa clase que vino a impartir en el máster que yo cursaba, en la que después de escucharla e interactuar con ella, sentí un flechazo, y los objetivos y metas que tenía por ese entonces, cambiaron de rumbo “¡Esto es lo mío!”

Pilar, gracias también por aceptarme desde el primer día en tu equipo y darme la oportunidad de trabajar con vosotras, es un honor para mí estar codo con codo con personas tan buenas, trabajadoras y reputadas en su campo, como lo sois Ana y tú, os aprecio mucho y espero estar muchos años junto a vosotras.

Darle las gracias, una vez más, al Dr. Gabriel Selva, por ser la primera persona en tratarme como psicóloga y no como estudiante de psicología en su entorno laboral, que es la psiquiatría y la investigación. De los seis años de carrera que llevo dedicados al estudio de la psicología, puedo decir que es una de las personas con la que más he aprendido, gracias su dedicación y a todas las oportunidades que me dado para aprender de él.

A mis amigos Garibaldi y Marcos, que me han acompañado estos dos años de máster, y han hecho que pueda decir, que estos dos años que pasé con ellos, junto con los cuatro de carrera que pasé con mis amigas Amanda, Raluca, Olaia y María, han sido los más felices de mi vida.

A mis queridísimas amigas Bea y Blanca, por apoyarme, mimarme y quererme a diario.

A mi amiga Neus por todos estos años de amistad; por sacarme de casa cuando me comen los artículos y por esa confianza y afinidad que solo se consigue con más de una década de amistad ininterrumpida.

Y finalmente, y no por ello menos importante, la base de la pirámide que todo lo sostiene, mis padres, Paco y Rosa. Antes de que yo sepa si voy a ser capaz de hacer algo, ellos ya lo saben. Gracias por recogerme cada vez que me caigo, si sigo en el camino es gracias a vosotros. Este trabajo, al igual que todos y cada uno de mis logros, pasados, presentes y futuros, son tan míos como vuestros.

ÍNDICE

RESUMEN	Pág. 5
INTRODUCCIÓN	
Conceptualización de la imagen corporal	Pág. 6
Antecedentes históricos	Pág. 12
Principales modelos teóricos	Pág. 13
Principales modelos teóricos de la imagen corporal y el cáncer	Pág. 15
Cáncer y afecciones en la imagen corporal	Pág. 17
Tipos de cáncer donde se ha visto más afectada la imagen corporal	Pág. 20
Planteamiento del problema	Pág. 37
MÉTODO	Pág. 41
RESULTADOS	
Intervenciones Psicológicas	Pág. 43
Intervenciones con ejercicios físicos y técnicas psicológicas	Pág. 48
Ejercicios físicos	Pág. 50
Intervenciones alternativas	Pág. 52
CONCLUSIONES	Pág. 58
BIBLIOGRAFÍA	Pág. 61

RESUMEN

La alteración de la imagen corporal es un problema psicosocial crítico para los pacientes con enfermedades oncológicas, ya que el cáncer y los tratamientos para el mismo frecuentemente producen cambios significativos en la apariencia y el funcionamiento del cuerpo. Es por ello que las intervenciones psicológicas juegan un papel muy importante en el proceso de adaptación a los cambios experimentados. Es por ello que, el objetivo general de este trabajo de revisión bibliográfica fue identificar las intervenciones psicológicas propuestas para el tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en los pacientes con cáncer. Para ello, se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos (Web of Science, ProQuest Central, Scopus y ScienceDirect). Se incluyeron las revisiones y meta-análisis publicados en inglés y español entre 2005 y 2016, obteniendo un total de 797 resultados que respondieron a los descriptores utilizados; de los cuales solo 20 estudios cumplieron con los criterios de inclusión, entre ellos que se tratase de intervenciones psicológicas y psicosociales para la mejora de la imagen corporal en pacientes con cáncer. Los resultados han puesto de manifiesto varios aspectos interesantes a analizar y reflexionar: se identificó un gran vacío en cuanto a intervenciones psicológicas estandarizadas y dirigidas al tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal; solo se pudieron identificar intervenciones centradas en enfoques psicosexuales y psicosociales, junto con métodos alternativos como arteterapia, terapia de danza y movimiento, y programas basados en tratamientos de belleza. En este trabajo se presentará el análisis de los estudios de intervención incluidos para valorar su eficacia en la mejora de la imagen corporal en pacientes con cáncer. En definitiva podemos concluir que hay escasos estudios sobre intervenciones psicológicas para la mejora de la imagen corporal en pacientes con cáncer, de los pocos estudios hallados, solo unos pocos tienen resultados significativos en la variable imagen corporal; mientras que los estudios que sí muestran ser significativos no intervienen en la imagen corporal de forma exclusiva o específica.

Palabras clave: cáncer, imagen corporal, tratamiento psicológico, intervención

INTRODUCCIÓN

Conceptualización de la Imagen Corporal

La imagen corporal es un constructo psicológico complejo y multidimensional que abarca las actitudes relacionadas con el cuerpo, incluyendo pensamientos creencias y comportamientos (Cash, 2004).

La gran mayoría de autores coinciden en la descripción anterior de la imagen corporal, no obstante, son muchos los autores que han desarrollado el concepto incorporando componentes estructurales fundamentales que han llegado a convertirse en los pilares de lo que entendemos como imagen corporal o autoimagen.

Pruzinsky (1996) no solo hace referencia a la imagen corporal como un concepto multifacético que implica percepciones, pensamientos y sentimientos centrado en el cuerpo, sino que también hace referencia al propio funcionamiento del cuerpo. Este autor razona que la comprensión de la imagen corporal solo será posible teniendo en cuenta su multidimensionalidad (Pruzinsky, 2004). Cash y Smolak (2011), concierne que la imagen corporal puede ser definida como la percepción, los pensamientos o las emociones sobre la propia apariencia física, dando a entender que la imagen corporal abarca varias dimensiones formando la multidimensionalidad del concepto. White (2000) se refiere a la imagen corporal como un constructo multidimensional de las percepciones, actitudes y creencias con respecto a uno mismo o su cuerpo y que puede ser una parte fundamental de la identidad y autoconcepto, particularmente para las mujeres.

La imagen corporal puede entenderse como una experiencia psicológica multifacética, sobre todo pero no exclusivamente, de la apariencia física (Cash y Pruzinsky, 1990). Pruzinsky (2004) considera que la imagen corporal es reconocida más allá de la vista de su apariencia física y puede verse afectada por las sensaciones corporales y otros aspectos del funcionamiento físico. Otros autores, perfeccionan el componente del funcionamiento físico en el concepto de imagen corporal, agregando a la definición de la misma; entendida como, un constructo multifacético definido como la representación mental del propio cuerpo, pensamientos, sentimientos acerca de la

apariencia física, del atractivo y la competencia. También del estado de salud global percibido, la integridad, el funcionamiento y la sexualidad (Fobair et al., 2006; Carver, Pozo-Kaderman, Price et al., 1998; Cash, 2004; Cohen, Kahn y Steeves, 1998; White, 2000 citado en Boquiren, Esplen, Wong, Toner y Warner, 2013).

La imagen corporal es la suma de lo físico, cognitivo, elementos emocionales y relacionales que, cuando se integran, permiten el desarrollo de una identidad propia sana en conjunto (Pruzinsky y Cash, 2002). Krueger (2004), entiende la imagen corporal como el sentido de sí mismo que refleja la representación mental del propio cuerpo, siendo un componente integral de la autoimagen y autorepresentación que incluye pensamientos, sentimientos y actitudes hacia la apariencia y percepción del cuerpo, y de la salud, el funcionamiento y la sexualidad. Son numerosas las definiciones que integran el funcionamiento y las sensaciones corporales como componente fundamental en la descripción de la imagen corporal. Raich (2000) considera que, las percepciones que tenemos tanto del cuerpo global como de cada una de sus partes como del movimiento y límites de éste, es un elemento clave en las definiciones más aceptadas sobre la imagen corporal.

Otro componente fundamental al cual hace especial mención Pruzinsky (2004) es la inherente naturaleza subjetiva de la imagen corporal, afirmando que no necesariamente puede reflejar la realidad objetiva del cuerpo. Este componente de subjetividad respecto a la imagen corporal, hacen referencia muchos autores, incorporándola como un elemento fundamental en la propia definición del concepto. Autores como Cash y Pruzinsky (1990) consideran la subjetividad como una experiencia que está estrictamente integrada con el cuerpo. Aportando que, la imagen corporal es una experiencia psicológica multifacética; sobre todo pero no exclusivamente, a la apariencia física.

Por otro lado, Pruzinsky y Cash (2002) señalan que la noción de imagen corporal tiene orígenes antiguos, ya existiendo la atención e interés por este concepto en el siglo IV a.C. Platón escribió “Estamos obligados a nuestros cuerpos como una ostra a su concha”, destacando así cómo la experiencia subjetiva está estrictamente integrada

con el cuerpo. No obstante, Merriam-Webster (2013) hace una excepción, afirmando que en casos donde existe desfiguración, es distinguible de la perturbación en la imagen corporal, no siendo necesariamente subjetiva la imagen de sí mismo.

Schilder (1950) argumentó que la imagen corporal no es sólo una percepción a construir, sino que también es un reflejo de las actitudes e interacciones con los otros. Definiendo la imagen corporal como la representación subjetiva de la propia apariencia física de una persona que él o ella ha formado tanto por la autoobservación como por las reacciones de los demás (Schilder, 1989). Este autor añade que la imagen corporal es una representación personal e interna del propio cuerpo, que puede diferir sustancialmente de la forma en que los demás lo perciben desde una perspectiva más externa. Con esto, hace referencia a un nuevo componente que añade al concepto de imagen corporal como es el proceso social, al que se sumarán otros autores.

Merriam-Webster (2013) basándose en la aportación de Schilder (1989) afirman que la imagen corporal puede ser descrita como la imagen subjetiva de la propia apariencia física de uno mismo establecida por la autoobservación y “anotando” las reacciones de los demás. De modo que la imagen subjetiva que una persona pueda tener de sí misma es una combinación de la autoevaluación y de las interpretaciones que hacemos de las personas que nos rodean; lo cual podría clasificarse como un proceso social, tal y como afirma Price (1990); definiendo la imagen corporal como la imagen mental del propio cuerpo como un proceso social, sujeto a negociación en curso y la interpretación. Como afirma Raich, la imagen corporal se forma a lo largo del proceso de desarrollo en función de la interacción con los demás, no es fija e inamovible, va variando en función de las experiencias (Raich, 2000). Cash (2004), considera que la autoimagen es una interacción dinámica entre esta expresión personal del ser y el mundo social. Esa imagen mental del propio cuerpo vista como un proceso social, debe enmarcarse dentro del propio contexto cultural en el que vive el individuo, considerando la imagen corporal como una actitud de los individuos a su apariencia física, salud, funcionamiento y sexualidad, y como una percepción subjetiva desarrollada en un

contexto cultural (Cohen, Kahn y Steeves, 1998; Mock, 1993; White, 2000 citado en Cohen, Mabjish y Zidan, 2011).

En contraposición, Grogan (2008) recalca que la imagen corporal es un concepto subjetivo, en lugar de una conexión entre la experiencia subjetiva del cuerpo humano y la percepción de observadores externos, discrepando así con otros autores que consideran la imagen corporal como un proceso social sujeto a negociaciones e interpretaciones (Price, 1990).

La literatura demuestra claramente la complejidad de este tema, y aunque existe una tradición bien establecida, a día de hoy, no existe una definición estandarizada sobre la imagen corporal (Annunziata, Giovannini y Muzzatti, 2011). Diversos autores como Cash (2004), entienden la definición de imagen corporal como algo complejo. Esto puede deberse a que los diferentes componentes de este constructo se han descrito con términos intercambiables que pueden generar confusión (Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn, 1999). En la literatura se encuentran al menos 15 expresiones utilizadas como sinónimo de la imagen corporal: la satisfacción del peso; tamaño y exactitud perceptual; satisfacción del cuerpo; satisfacción de la apariencia; estima del cuerpo; preocupación por el cuerpo; disforia corporal; dismorfia corporal; imagen corporal; esquema corporal; percepción corporal; distorsión corporal; perturbación; trastorno de la imagen corporal. Pudiendo ser esta lista incluso más larga (Cash y Pruzinsky, 2002). White (2000) considera que un obstáculo importante para la realización de investigaciones ha sido el uso de las definiciones inconsistentes o simplistas sobre "imagen corporal".

Hasta ahora hemos podido observar que son varios los autores (p. ej., Cash y Smolak, 2011, Krueger, 2004; Pruzinsky, 1996; Pruzinsky y Cash, 2002;) quienes incluyen el proceso emocional como un aspecto importante dentro del concepto de imagen corporal. Hopwood (2001) considera que la construcción de la imagen corporal implica la cognición, el comportamiento y los componentes afectivos. La imagen corporal es la suma de lo físico, cognitivo, elementos emocionales y relacionales que, cuando se integran permiten el desarrollo de una identidad propia (Annunziata et al., 2011). La

imagen corporal refleja una percepción personal y directa de autoevaluación de la apariencia física de uno, por lo que, pensamientos negativos y sentimientos relacionados con el propio cuerpo indican una alteración de la imagen corporal y como consecuente, la insatisfacción con uno mismo (Stokes y Frederick-Recascino, 2003).

Algunos estudios han examinado la relación entre la imagen corporal de la mujer y la angustia emocional durante el transcurso de la vida. Los resultados encontrados han sugerido que la imagen del cuerpo permanece relativamente estable a lo largo de toda la vida (Tiggemann, 2004). Además, la evidencia inicial sugiere una interacción que relaciona la imagen corporal con la edad en la predicción de algunos aspectos de la angustia emocional (Tiggemann, 2004; Webster y Tiggemann (2003) citado en Miller, Schnur, Weinberger-Litman y Montgomery, 2014).

Sin embargo, la imagen corporal incluye también una actitud de satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo que, según Cash, Melnyk y Hrabosky (2004) puede variar según estos dos factores: la inversión en apariencia y autoevaluación. La inversión en apariencia, según este autor, hace referencia a la opinión de una persona sobre la importancia de su apariencia o una parte determinada de su cuerpo. Mientras que la autoevaluación está mediada e influenciada por los ideales culturales de la apariencia física y los cánones de belleza que pueden discrepar de la imagen corporal percibida y con ello, no alcanzando los ideales del medio. La imagen corporal está ligada estrechamente a la identidad, la autoestima, el atractivo, el funcionamiento sexual y las relaciones sociales (Cash y Pruzinsky, 2002).

Una de las definiciones más aceptadas de imagen corporal que incluye gran parte de los elementos que hemos mencionado hasta ahora, es la que realiza Raich (2000) definiendo la imagen corporal como la percepción que tenemos tanto del cuerpo global y de cada una de sus partes como del movimiento y límites de éste, una experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos junto con el modo de comportarnos que deriva de nuestras cogniciones y sentimientos que experimentamos. Se refiere a cómo pensamos, sentimos, percibimos y actuamos en relación al propio cuerpo (Mora y Raich, 2010).

En definitiva el concepto de imagen corporal incluye diferentes aspectos dependiendo de la perspectiva de los autores que realizan las investigaciones. A continuación, mostramos un cuadro resumen (Tabla 1) con los componentes estructurales fundamentales del concepto de imagen corporal y los autores que las respaldan.

Tabla 1

Componentes estructurales del concepto de imagen corporal y autores (2016)

	Multidimensional	Subjetiva	Experiencia	Complejidad	Proceso social	Emocional	Cuerpo, sensaciones y funciones
T.F. Cash, 1990; 2002; 2004;	X	X	X	X	X	X	X
Pruzinsky, 1990; 1996; 2002; 2004;	X	X	X	X		X	X
White, 2000;	X			X			
Boquiren et al., 2013	X						X
Cash y Smolak, 2011	X					X	
Hopwood, 2001	X					X	
Raich, 2000	X	X	X		X	X	X
Grogan, 2008		X					
Schilder, 1950; 1989		X			X		
Stokes y Frederick-Recascino, 2003		X				X	
Cohen et al., 2011	X	X			X		X
Merriam-Webster, 2013		X			X	X	
Annunziata et al., 2011	X			X		X	
Thompson et al., 1999				X			
Price, 1990					X		
Mora y Raich, 2010	X						X
Tiggemann, 2004						X	
Krueger, 2004	X					X	X

Antecedentes Históricos

Las primeras aportaciones acerca de la imagen corporal se centraron en el componente perceptivo de la misma (Rodríguez, 2013, p. 23). Hace casi un siglo, el reconocimiento de la imagen corporal surgió para tratar de entender de una forma clínica los síndromes neuropatológicos que afectan a la experiencia que tenemos sobre el propio cuerpo, incluyendo fenómenos como el “miembro fantasma”, “autotopagnosia”, “hemiasomatognosia” y “anosognosia” (Fisher, 1990). Durante la primera mitad del siglo XX, el denominador común de los planteamientos era que las señales sensoriales (sensibilidad, posición, movimiento) daban lugar a una imagen espacial del cuerpo en el cerebro (Rodríguez, 2013, p. 23). Fue en esa fecha, mitad del siglo XX, cuando Paul Schilder llevó el estudio de la experiencia del cuerpo más allá del enfoque centrado en las percepciones distorsionadas inducidas por daño cerebral (Fisher, 1990, p. 7 citado en Cash, 2004). En su obra *The image and appearance of the Human Body*, analizó los componentes neurológicos, psicológicos y socioculturales que participaban en la apariencia y la imagen corporal (Rodríguez, 2013, p. 24).

Posteriormente, el psicólogo Seymour Fisher dedicó gran parte de su carrera a estudiar la imagen corporal desde una perspectiva psicoanalista, siendo autor de artículos científicos y libros sobre el concepto del límite del cuerpo (Fisher, 1970, 1986; Fisher y Cleveland, 1968 citado en Cash, 2004). Más tarde, Shontz (1969) quien fue crítico con la perspectiva psicodinámica, buscó integrar la teoría y los datos provenientes de varias áreas de la psicología experimental, considerando la experiencia corporal como un constructo multidimensional, y se valió de los hallazgos científicos para entender y ayudar a las personas con discapacidades físicas (Shontz, 1990). La aportación que realizó Tomas F. Cash a partir de los años 90 fue trascendental; replanteó la idea de Fisher sobre la imagen corporal, aludiendo que no existía una imagen corporal sino varias imágenes corporales. Cash hace hincapié en la multidimensionalidad del concepto, incluyendo junto con el componente perceptivo, los procesos cognitivos, conductuales y emocionales. Asimismo, expandió su área de estudio a otros trastornos donde la imagen corporal podía verse afectada, más allá de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), donde se centran y se siguen centrando la mayoría de estudios sobre la imagen corporal (Rodríguez, 2013, p. 25).

Principales modelos Teóricos

Teorías socioculturales

Las teorías socioculturales defienden que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad, y dirigido por los medios de comunicación, es interiorizado por la mayoría de personas, principalmente por las mujeres debido a la elevada dependencia existente entre la autoestima y el atractivo físico (Raich, 2010, p. 82)

Teoría de la discrepancia entre el “yo real” y el “yo ideal”

Esta teoría elaborada por Higgins (1987) se complementa con la teoría sociocultural. La presión sociocultural hacia un modelo corporal determinado nos conduce a tener referentes estéticos considerados como ideales con los que llegamos a compararnos, lo cual potencia la preocupación por la imagen. La discrepancia entre el modelo que una persona ha elegido (o al que se ha visto abocado por la presión cultural) y uno mismo, genera una gran insatisfacción que no se reduce solo al aspecto meramente físico, sino que se generaliza a otras áreas importantes como la autoestima (Raich, 2010, p. 86).

Teoría del desajuste adaptativo

Esta teoría creada por Fisher y Slade (1986) implica que la imagen corporal está dotada de cierta estabilidad, de forma que los cambios recientes producidos en el cuerpo no se incorporan de manera inmediata, sino que persiste durante cierto tiempo la representación mental anterior, por lo que según esta teoría, es necesaria la recepción de varios estímulos sensoriales de los cambios producidos, para que estos se incorporen en la representación corporal. Durante este intervalo prevalecerá el esquema corporal anterior (Raich, 2010, p. 87). Esta teoría se centra principalmente en el tamaño corporal y el aumento/disminución de peso.

Hipótesis de la sensibilización anormal

Esta hipótesis de Slade (1988) se basa como elemento principal en la sobrestimación de la imagen corporal general o de una parte o rasgo de la misma. Esta hipótesis se centra en los TCA, principalmente en la anorexia, considerando que la sobrestimación de delgadez que se observa en las personas que padecen anorexia, podría reflejar un intenso miedo a engordar, por lo que la sobrestimación en este caso sería una proyección a nivel perceptual de las preocupaciones y miedos por el tamaño y el peso (Raich, 2010, p. 88).

Hipótesis del artefacto perceptual

Esta hipótesis creada por Guimón (1999) explica que la sobrestimación (explicada por la hipótesis de la sensibilización anormal de Slade, 1988) de los pacientes con TCA, como la anorexia, puede ser explicada a través de cálculos matemáticos empleados para derivar la sobrestimación. Para calcular el nivel de sobrestimación, hay que dividir el tamaño corporal percibido entre el tamaño real (Gómez, 2013; Raich, 2010).

Modelo de Williamson

Williamson (1990) elaboró un modelo compuesto por tres variables: 1) *distorsión perceptual del tamaño*, el cual se obtiene al dividir la estimación que hace la persona sobre su tamaño corporal por el tamaño real; 2) *preferencia por la delgadez*, donde la persona hace una estimación del tamaño corporal que considera ideal y desearía, empleando como estándar para juzgar el propio cuerpo y el de los demás y; 3) *la insatisfacción corporal*, que se obtiene mediante la discrepancia entre el tamaño corporal estimado y el tamaño ideal. Si existe una gran divergencia entre ambos es señal de gran insatisfacción corporal (Raich, 2010, p. 89-90).

Modelo de Thompson, Richards y Coovert

Este modelo se centra únicamente en las alteraciones actitudinales de la imagen corporal y su objetivo principal no consiste en explicar los factores causales de las alteraciones de la imagen corporal, sino de comprender la conexión de estos factores con los TCA. Thompson, Richards y Coovert (1990) propusieron un modelo causal que incorpora variables hipotéticamente de una imagen corporal negativa y la conexión de éstas con la disfunción alimentaria. Del modelo propuesto las variables que resultaron causalmente relevantes en la formación de una imagen corporal negativa fueron: el peso objetivo en el momento actual; peso percibido e; historias de burlas por la apariencia física (Raich, 2010, p. 90).

Modelo de Raich, Torras y Mora

Raich, Torras y Mora (1997) estudiaron la relación de diferentes variables con la imagen corporal junto con la relación de la insatisfacción corporal con los TCA; obteniendo como resultado de este modelo (en una muestra de estudiantes universitarias) una relación directa entre la autoestima, el índice de masa corporal (IMC) y la psicopatología en general con la insatisfacción corporal (Raich, 2010, p. 91-92).

Principales modelos teóricos de la imagen corporal y el cáncer

El modelo cognitivo-conductual de la imagen corporal de Cash (Cash, 2011) ha recibido un amplio reconocimiento y constituye la base de las intervenciones de tratamiento con apoyo empírico para las alteraciones de imagen corporal en la población general y para los pacientes con TCA (Murphy, Straebl y Cooper, 2010). En el centro del modelo hay dos tipos de actitudes principales sobre la imagen corporal que teóricamente dirigen los pensamientos, las emociones y los comportamientos relacionados con la apariencia; estas son: la inversión en la apariencia y la evaluación de la imagen corporal. La evaluación de la imagen corporal hace referencia al grado en el que uno está satisfecho con su apariencia, y si existe una discrepancia entre la

percepción de sus características físicas y las características deseadas. La inversión en la apariencia se refiere al valor, dedicación o importancia de una o varias partes del cuerpo y atributos físicos. Ambas actitudes son evaluadas de forma rutinaria en la literatura de la imagen corporal (Fingeret, Teo y Epner, 2014). Del modelo de Cash destaca la influencia del papel sociocultural, las experiencias interpersonales y los rasgos de personalidad en el desarrollo de las actitudes acerca de la imagen corporal. Cash reconoce además, que las actitudes de la imagen del cuerpo se ven afectadas por los cambios que se producen en el funcionamiento físico y la apariencia. Esto es particularmente relevante para los pacientes con cáncer, que pueden sufrir grandes cambios corporales a causa de su enfermedad y tratamiento. Cash distingue específicamente entre los factores históricos o experiencias pasadas que dan forma a las actitudes de la imagen corporal y los factores proximales, que hacen referencia a las experiencias de vida actuales. Otros han considerado el cáncer y su tratamiento como un evento crítico proximal que activa las autoevaluaciones de la propia apariencia y el funcionamiento físico del cuerpo (Fingeret, 2010; Rhoten, Murphy y Ridner, 2013 citado en Fingeret et al. 2014).

Hay varios modelos teóricos de la imagen corporal desarrollados específicamente para los pacientes con cáncer. White (2002) diseñó un modelo cognitivo-conductual, basado en los trabajos de Cash, centrándose en cómo los pacientes experimentan los cambios reales o percibidos en la apariencia como consecuencia del cáncer y su tratamiento. White insiste en la naturaleza subjetiva de la imagen corporal y sugiere que es vital tener en cuenta la perspectiva del paciente, independientemente de si los cambios en la apariencia son sensibles a otros. Se espera que los cambios en la apariencia relacionados con el cáncer den como resultado reacciones negativas, en especial si la persona tiene una inversión en la apariencia alta y hay discrepancia con lo que la persona considera como ideal corporal (Fingeret et al., 2014).

Fingeret (2010) conceptualiza preocupaciones por la imagen corporal de los pacientes con cáncer en un continuo. Este modelo distingue las consideraciones del tratamiento para los pacientes con cáncer con niveles normales y extremas de preocupaciones por la imagen corporal. Por ejemplo, los pacientes con dificultades leves o moderadas para ajustarse a la imagen corporal pueden desenvolverse en situaciones sociales a pesar de

que se sientan un poco cohibidos. Por el contrario, aquellos casos donde los problemas de imagen corporal son graves, tienden a evitar situaciones sociales casi por completo y quedan aisladas del entorno. Este modelo postula que muchos pacientes minimizan las dificultades que padecen respecto a la imagen corporal por vergüenza, temor o culpabilidad. Dentro del marco oncológico, las preocupaciones por la imagen corporal no necesariamente se van a considerar patológicas, pero en la mayoría de los casos, suele ser una experiencia normativa (Fingeret et al., 2014).

Recientemente, han surgido modelos teóricos para trastornos específicos de la imagen corporal; dos de tales modelos se refieren a pacientes con cáncer de cabeza y cuello (Rhoten, Murphy y Ridner, 2013) o cáncer de mama (Fingeret, Nipomnick y Crosby, 2013). El estudio de Rhoten et al. (2013) se centra en el cambio y la adaptación de secuelas producidas por el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello (es decir, desfiguración y disfunción); mientras que Fingeret et al. (2013) consideran varias enfermedades y factores específicos relacionados con el tratamiento de reconstrucción por cáncer de mama (por ejemplo; las características del tumor; el riesgo genético; el tipo de cirugía ablativa; el tipo, el momento y la etapa de reconstrucción); además de las complicaciones que pueden influir en la imagen corporal de las pacientes.

Cáncer y afecciones en la imagen corporal

La apariencia física juega un papel relevante en nuestra sociedad, considerado por muchos como un instrumento básico para conseguir el éxito en el ámbito social y laboral. No obstante, más importante que la imagen externa es cómo cada persona se siente en relación con su propio cuerpo, siendo la satisfacción con el cuerpo el determinante que influye tanto a la imagen que se tiene de sí mismo como la forma de relacionarse con el entorno (Fernández, 2004).

Existen tipos de tumores que tienen un fuerte impacto en la imagen corporal. El cáncer y los tratamientos para el mismo, de hecho, modifican de forma significativa la

aparición e integridad física de los pacientes, causando problemas a diferentes niveles (Annunziata et al., 2011). Estos cambios pueden ser temporales, como por ejemplo: la caída del cabello; las alteraciones en la piel y en las uñas o; los cambios de peso. Otros cambios serán permanentes, como los efectos de algunas cirugías (p. ej., cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría, linfedema). Algunos afectan únicamente a nivel estético mientras que otros conllevan además una incapacidad funcional (Anderson et al., 1994; Die-Trill et al., 2003; Vázquez et al. 2004 citados en Fernández, 2004). En la mayoría de los casos, estos cambios constituyen un nuevo evento vital estresante al que los pacientes de cáncer deben hacer frente (Yurek, Farrar y Andersen, 2000).

Según Fernández (2004) el impacto y la reacción de una persona ante los cambios en su aspecto físico va a depender de múltiples factores, entre ellos: el tipo de cambio físico que experimenta; la localización y el grado de discapacidad asociado; la reacción del entorno y el apoyo social percibido; la disponibilidad y acceso a los recursos necesarios y; la valoración o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta.

White (2000) considera que existe un trastorno en la imagen corporal en la población oncológica cuando existe una elevada discrepancia entre la apariencia física objetiva o percibida de una parte del cuerpo, atributo o función corporal y, la representación mental (esquema) que la persona tiene de ese atributo. Para White esta discrepancia provoca la aparición de respuestas emocionales negativas y conductas compensatorias, las cuales pueden interferir de forma significativa con el funcionamiento normal de la persona y sus relaciones interpersonales.

A partir de la observación clínica y los autorregistros de pacientes oncológicos atendidos en la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) junto con una revisión de la literatura existente sobre el tema, Fernández (2004) afirma que se ven alterados diferentes niveles de respuesta como consecuencia de los cambios en la imagen corporal, tales como:

Nivel perceptivo: presencia de distorsiones perceptivas como pueden ser, la atención selectiva a la zona afligida y desatención a las otras zonas del cuerpo que no se han

visto alteradas, y la magnificación a la hora de apreciar el tamaño del desperfecto y otras alteraciones como el miembro fantasma en casos donde ha habido amputación.

Nivel cognitivo: presencia de múltiples distorsiones cognitivas; siendo más frecuentes: errores cognitivos en relación al cuerpo y a las relaciones con los demás, observándose la presencia de auto-diálogos internos críticos y peyorativos centrados en la pérdida y consecuencias negativas (Yurek et al., 2000); creencias disfuncionales en relación con la valía personal, identificándose cambios en el autoconcepto, caracterizados por sentimientos de pérdida que van desde el atractivo físico hasta el valor personal (Katz, Rodin y Devins, 1995), comenzando a evaluar la valía personal basándose solamente en parámetros físicos, sin tener en cuenta otros aspectos de su persona, y con ello, una sobrevaloración de la importancia estética; creencias disfuncionales asociadas a la identidad de género, estas creencias se detectan en casos por los que se teme perder el atractivo y la identidad sexual, viéndose en hombres tratados con hormonoterapia para determinados tipos de cáncer, cuyos efectos secundarios son la feminización de algunas partes de su cuerpo como ginecomastia, acumulación de grasa en las caderas y cambios en la piel. También es bien conocido que las mujeres con cáncer de mama experimentan sentimientos de pérdida de la feminidad y pérdida de actitudes como el erotismo y la sensualidad ante la pérdida de la mama.

Nivel fisiológico: principalmente en los casos donde existe una pérdida de una función vital, como puede ser el habla o la deglución. Los pacientes sufren un cambio de hábitos acompañado de sensaciones nuevas y extrañas a las que deberán de aprender a convivir.

Nivel afectivo/emocional: es frecuente la aparición de respuestas emocionales asociadas a los cambios físicos, como ansiedad, insatisfacción, anhedonia, hostilidad y frustración.

Nivel conductual: sentimientos de vergüenza, miedo al rechazo y el malestar asociado, hace que los pacientes desarrollen comportamientos de evitación y/o compensación con respecto a su cuerpo en situaciones interpersonales, como: conductas para ocultar

o disimular el defecto; evitar mirarse en el espejo o mirar la zona afectada; cambio en el estilo de vestir; preguntas frecuentes de reaseguración respecto su apariencia. Pudiendo incluso desarrollar conductas obsesivas, evitación social y aislamiento (Yurek et al., 2000).

Estos cambios en los diferentes niveles de respuesta, respalda el componente de multidimensionalidad en la imagen corporal. Conocer las variables que influyen en el desarrollo de la imagen corporal y el tipo de cambios en los distintos niveles de respuesta que experimentan los pacientes oncológicos, serán de vital importancia a la hora de realizar tanto una correcta evaluación como un diseño de intervención eficaz (Fernández, 2004).

Tipos de cáncer donde se ha visto más afectada la imagen corporal

No existe un estudio como tal, donde muestre en qué tipos de cáncer se ve más afectada la imagen corporal. Por ese motivo, vamos a basarnos en los tipos de cáncer con un mayor número de estudios publicados que hagan referencia a la imagen corporal.

Cáncer de Mama

La gran mayoría de investigaciones que estudian la influencia del cáncer en la imagen corporal se centran principalmente en el cáncer de mama. Aunque la mayoría de los tipos de cáncer tienen secuelas físicas importantes y en muchos casos el tratamiento necesario produce alteraciones corporales significativas; se ha prestado especial atención en la literatura al tema de la imagen corporal y el cáncer de mama. Esto puede deberse por una parte, a la importancia epidemiológica y su carácter crónico; y por otra parte, las importantes connotaciones psicológicas que conlleva el pecho para una mujer (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

El pecho tiene una gran relevancia en la identidad femenina, siendo para muchas mujeres lo primero que las define como tal, y la pérdida de un pecho puede crear sentimientos de pérdida de la feminidad (Carver et al., 1998). Culturalmente, los senos están vinculados estrechamente con el ámbito de la sexualidad y el atractivo físico de las mujeres; pero también está relacionado con la maternidad y la lactancia. No hay que olvidar, que en las sociedades occidentales, la imagen física de las mujeres forma una parte importante de su valoración social y de su identidad personal (Sebastián, Bueno y Mateos, 2002).

Las alteraciones corporales producidas por el cáncer y su tratamiento en las que se ha visto más afectada la imagen corporal y han sido objeto de la mayoría de estudios, son las siguientes:

Cambios en el peso: Las mujeres, en general, muestran preocupación por su apariencia, su peso y su cuerpo; encontrando estudios que sugieren que un 89% de mujeres tienen preocupaciones con respecto al peso (Cash et al., 2004). Aunque no es conocido generalmente, el cáncer de mama no está asociado con la pérdida de peso, pero sí con el aumento de peso. El aumento de peso se produce aproximadamente entre el 80% de las mujeres con cáncer de mama (Helms, O'Hea y Corso, 2008); sin embargo, hay estudios que afirman que se dan en el 50% al 96% de las mujeres (Goodwin et al., 1999). Cabe destacar que el 20% de estas mujeres dicen haber ganado más de 10 kg (Goodwin et al., 1999). En el estudio realizado por Goodwin et al. (1999) con 535 mujeres con cáncer de mama, encontraron que el 84% de las pacientes aumentó de peso después del diagnóstico, con la cantidad promedio de 1,6 kg. Denmark-Wahnefried et al. (2001) han discutido tres razones por las que no es conveniente el aumento de peso en las mujeres con cáncer de mama: la calidad de vida puede verse afectada negativamente; pueden aparecer trastornos relacionados con el peso como la diabetes y la hipertensión, además de que el riesgo de la recurrencia del cáncer de mama puede ser mayor. Por su parte, Rock, Flatt, Newman y Cann (1999) especulan que las posibles causas de aumento de peso están relacionadas con la quimioterapia adyuvante, el aumento de la ingesta de calorías, y/o cambios en la actividad física.

Tipos de cirugía de la mama: La mama tiene una connotación social de la feminidad, la maternidad y la sexualidad (Khan et al., 2000). Ante el diagnóstico de un cáncer de mama, una mujer puede verse obligada a someterse a una operación (tumorectomía, “cirugía conservadora”, o mastectomía) para eliminarlo. Muchas de estas cirugías son invasivas, causando deformidades en el pecho, o la amputación completa de uno o ambos senos. La investigación ha observado que la pérdida o la mutilación de la mama pueden tener consecuencias psicosociales negativas (Blichert-Toft, 1992). El tipo de cirugía utilizada en el tratamiento del cáncer de mama es un factor importante en la imagen corporal de las mujeres afectadas (Avis, Crawford, Manuel, 2004; Bryan, 2004; Carpenter, 1994; Carver et al., 1998; King, Kenny, Shiell, Hall, Boyages, 2000; White, 2000 citado en Sebastián et al., 2007). En un pasado reciente, el tratamiento más frecuente era la mastectomía, la cual consistía en la amputación total de la mama. No obstante, en la actualidad se realiza cada vez más la cirugía conservadora o tumorectomía. Se ha visto que la opción de la tumorectomía ha mejorado mucho los resultados clínicos en cuanto a imagen corporal y a sexualidad se refiere (Finney, 1992). El tipo de cirugía, mastectomía versus tumorectomía, afecta significativamente al grado de satisfacción que la mujer tiene con su cuerpo y consigo misma después de la operación, siendo las mujeres mastectomizadas las que tienen una peor imagen corporal y una autoestima más baja respecto a las mujeres que han sufrido una tumorectomía (Kiebert, Hanneke, de Haes, Keivit, van de Velde, 1990; Margolis, Goodman y Rubin, 1990; Mock, 1993; Yurek, Farrar y Andersen, 2000 citados en Sebastián et al., 2007). Naturalmente, se puede suponer que los efectos de tales procedimientos quirúrgicos pueden influir en diversas áreas del funcionamiento psicosocial de la mujer, incluyendo la identidad, la confianza, el estado de ánimo, la autoestima, la sexualidad, la satisfacción con una misma y calidad de vida (Helms et al., 2008).

Pérdida del pelo: El cabello posee valores simbólicos significativos para las personas a través de muchas culturas y épocas. A lo largo de la historia, el pelo ha reflejado aspectos como afiliaciones religiosas, la belleza, el género, la madurez y la edad (Freedman, 1994).

Muchos de los agentes químicos utilizados en la quimioterapia causan la caída del cabello.

Perder el cabello ha sido asociado con la pérdida de la sexualidad, el atractivo y la individualidad, así como la muerte (Batchelor, 2001). Por lo que, la pérdida del cabello causado por el tratamiento con quimioterapia pone en riesgo sufrir alteraciones en la imagen corporal (Freitas, 1998). Baxley, Kendrick y Brown (1984) afirman que, debido a que muchas personas ven su pelo como una parte importante de su identidad y apariencia, es fácil entender cómo la presencia o la pérdida del cabello puede correlacionar con la alteración de la imagen corporal de uno. Por ejemplo, en un estudio realizado por Boehmke y Dickerson (2005) entrevistaron a 20 mujeres que habían sido sometidas a un tratamiento para el cáncer de mama, y buscaron temas relacionados con sus experiencias y sufrimiento. Se encontró que la extensión de los efectos negativos de la pérdida del pelo en la imagen del cuerpo depende de cómo las mujeres hicieron frente a su alopecia. Las respuestas a la pérdida de cabello oscilaron entre la visualización de la calvicie como un signo de orgullo y coraje, a sentimientos de trauma y la pérdida de identidad. Es curioso observar que las mujeres de este estudio informaron no sólo la pérdida del pelo de la cabeza como angustiosa, sino también la pérdida del pelo en otras partes del cuerpo. Por ejemplo, la pérdida de los pelos de la parte interior de la nariz causaba en algunas mujeres goteo de mucosidad nasal. Informaron que una vez que retomaron su vida laboral y social, esta falta de pelo en la parte interior de la nariz con el consiguiente goteo de la mucosa, propició que compañeros de trabajo les dijese que parecían estar enfermas/resfriadas y deberían de salir del trabajo temprano para ir a casa a descansar. Las mujeres consideraban estos comentarios como muy molestos para ellas, ya que querían continuar con la rutina de sus vidas, y por el contrario sentían que estaban siendo tratadas como si ellas parecieran enfermas.

Libido: El tratamiento del cáncer con quimioterapia o radioterapia repercute en el libido sexual de la mujer (Sebastián, 2003). La quimioterapia y hormonoterapia pueden reducir la libido y causar sequedad vaginal, por lo que, frecuentemente causan una reducción significativa de su actividad sexual (Sebastián et al., 2007). Por otro lado, la insatisfacción con la imagen corporal es en sí un predictor de la disminución del interés

sexual en las mujeres supervivientes de cáncer de mama (Ganz, Desmond, Belin, Meyerowitz y Rowland, 1999).

Interrupción de la fertilidad / Inducción de la menopausia: El tratamiento del cáncer con quimioterapia o radioterapia repercute la fertilidad de la mujer (Sebastián, 2003). Muchas mujeres, cuando reciben tratamientos para el cáncer (como son la quimioterapia o terapia hormonal) entran en un estado biológico de menopausia, especialmente si están cerca de la edad de tenerla de forma natural en el momento del tratamiento, y aunque no tengan interés en tener hijos, pueden experimentar la menopausia como una pérdida significativa de su feminidad (Avis, Crawford y Manuel, 2004) y tener por ello más problemas con su imagen corporal (Hunter et al., 2004).

Cáncer de Cara y Cuello

La imagen corporal es un problema psicosocial crítico en el campo de la oncología de cabeza y cuello. Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC) tienen mayor riesgo de sufrir problemas de imagen corporal debido a la enfermedad y su tratamiento que a menudo resulta en cambios significativos en la apariencia física y el funcionamiento corporal (Fingeret, 2010).

La imagen corporal implica algo más que la apariencia; que comprende elementos como el funcionamiento (por ejemplo, el habla, la deglución, articulación, el oído y la vista), así como las propias percepciones, pensamientos y sentimientos acerca de todo el cuerpo (Fingeret et al., 2013a). Como tal, la imagen corporal abarca una amplia gama de experiencias ligadas al cuerpo que pueden ser alteradas como resultado del CCC y su tratamiento (Fingeret, 2010).

La carga emocional invertida en la zona de la cabeza y cuello es mayor que la de cualquier otra parte del cuerpo, debido al valor que la integridad facial tiene en la interacción social y en la comunicación y expresión emocional. Las alteraciones faciales suponen un ataque directo a la propia identidad personal y autoestima. La morbilidad psicológica es aún mayor cuando, además, se añade la pérdida de una función corporal (Fernández, 2004).

Los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico están particularmente en riesgo de experimentar una desfiguración aguda y pérdida funcional, mientras que aquellos con tumores avanzados pueden necesitar medios complejos de reconstrucción para restaurar la forma y el funcionamiento (Fingeret et al., 2010).

Las preocupaciones por la imagen corporal de los pacientes con cáncer han sido previamente descritas como un continuo que va desde la ausencia de problemas de imagen corporal a graves problemas de imagen corporal (Fingeret, 2010).

Zhu et al (2013), encontraron que las preocupaciones sobre la apariencia fueron calificadas como el dominio más importante para los pacientes con CCC. Otros han encontrado que las preocupaciones sobre la apariencia se sitúan entre los tres primeros dominios y áreas más importantes de interés (Chigurupati et al., 2013; Zhang et al., 2013; Wang et al., 2013 citado en Fingeret, Teo y Goettsch, 2014a).

Dentro de este marco, los pacientes de cabeza y cuello pueden experimentar una amplia gama de cambios en la imagen corporal, bien durante el proceso o después del tratamiento como cicatrices, inflamación, decoloración de la piel, pérdida de cabello, pérdida de dientes, cambios sensoriales, pérdida funcional / alteraciones (por ejemplo, cambios en el habla, la deglución, la articulación, la audición, la vista), cambios de peso, y el uso de dispositivos protésicos (Fingeret et al., 2010).

En el centro de este modelo está la idea de que los problemas de imagen corporal son normales y que se espera que los pacientes sometidos a tratamiento contra el cáncer manifiesten un cierto grado de preocupación por los cambios en la apariencia física que resultan del cáncer y su tratamiento, en especial cuando éstos se concentran en la región de la cabeza, cara y cuello (Fingeret et al., 2014a).

Las dificultades que experimentan los pacientes con CCC respecto a su imagen corporal que han sido tratados quirúrgicamente, ha sido señalado en el estudio de Fingeret et al. (2010) el cual muestra que en la encuesta "Body Image Survey", el 75% de los participantes experimentó preocupación o vergüenza en relación a los cambios

corporales en algún momento después del diagnóstico. En este mismo estudio, se encontró que el número de preocupaciones por la imagen corporal puede ser un predictor significativo de problemas conductuales y emocionales en relación con la imagen corporal, medida por el BIS "*Body Image Scale*", siendo los pacientes más graves los que experimenten niveles de preocupación más elevados respecto a su imagen, junto con problemas conductuales y emocionales significativos (Fingeret et al., 2014a).

Fingeret et al. (2010) observaron que los pacientes con un mayor número de preocupaciones tienen un riesgo mayor de experimentar dificultades en el ajuste psicosocial. Al menos la mitad de la muestra (N=280) refirió experimentar grandes preocupaciones respecto a los cambios de apariencia en algún momento después del diagnóstico, y aproximadamente un tercio de la muestra mostró dificultades de comportamiento y evitación social debido a las preocupaciones acerca de los cambios en la apariencia, el habla, o el comer.

Algunos estudios sobre cáncer de cabeza y cuello muestran que los pacientes con pobres habilidades o un bajo apoyo social pueden llegar a aislarse socialmente y desarrollar un trastorno depresivo después del cáncer; esto parece estar relacionado con las dificultades en la aceptación de su nueva imagen corporal (Bowers, 2008; Hagedoom y Molleman, 2006 citado en Annunziata et al., 2011).

Debido a la naturaleza subjetiva de la imagen corporal, también puede haber una desconexión significativa entre la forma en que un paciente ve el resultado de su tratamiento y cómo esto es visto por los miembros del equipo de tratamiento (Fingeret et al., 2014a).

Otros resultados del estudio de Fingeret et al. (2010) revelaron asociaciones significativas entre las dificultades asociadas a la imagen corporal y la participación de los dominios de calidad de vida física, social, emocional y bienestar funcional para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

En este estudio, las dos variables independientes de la imagen corporal (puntuaciones del BIS y el número de las preocupaciones actuales de imagen corporal obtenidos en la encuesta "Body image Survey") fueron predictores significativos de las puntuaciones de FACT-HN. Estos resultados proporcionan evidencia de la asociación significativa existente entre la imagen corporal y la calidad de vida en los pacientes de cabeza y cuello. En este estudio, se encontró que los pacientes con cáncer cutáneo tienden a tener mejores resultados de calidad de vida en comparación con los pacientes con cavidad oral u otros cánceres del tercio medio facial.

En la mayoría de los estudios, los dominios clave de la calidad de vida y la imagen corporal afectados por el tratamiento de CCC incluyen la masticación/alimentación, el habla, la deglución y la apariencia (Fingeret et al., 2013a; Chigurupati et al., 2013; Zhang et al., 2013; Zhu et al., 2013 citado en Fingeret et al., 2014a).

Recientes descubrimientos sugieren que las dificultades de adaptación con respecto a la apariencia pueden ser particularmente pronunciadas en los pacientes con déficit funcional (Fingeret et al., 2014a), como en el estudio de Fingeret et al. (2013a) donde encontraron que la insatisfacción con la imagen corporal y las preocupaciones acerca de la apariencia fueron significativamente mayores entre los pacientes con CCC con dificultades de habla y la alimentación en comparación con aquellos que no tenían estas dificultades funcionales. Debido a estos hallazgos, concluyeron que es necesaria una atención psicosocial más completa para aquellos pacientes con dificultades en el habla y la deglución.

Una serie de estudios identificaron las variables asociadas a los resultados negativos en relación con la imagen corporal en pacientes con CCC. Estas variables incluyeron datos demográficos del paciente (por ejemplo, edad), características clínicas (por ejemplo, pérdida de peso, fatiga, problemas de sueño) y factores psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión) (Rhoten, Murphy y Ridner, 2013; Howren et al., 2013; Rhondali et al., 2013 citado en Fingeret et al., 2014a).

Estos resultados ilustran que numerosas variables contribuyen a la forma en que los pacientes con CCC se ajustan a los cambios de la imagen corporal. El apoyo social y

tiempo desde el tratamiento representan dos factores principales a la hora de mejorar y hacer frente a las dificultades psicosociales generales relacionados con el tratamiento de CCC, de los cuales la imagen corporal es un componente (Fingeret et al., 2014a). Tener una red social más amplia ayudó a los pacientes a sentirse menos estigmatizados por la enfermedad (Wong et al., 2013). Por otro lado, el tiempo transcurrido desde el tratamiento también juega un papel importante ya que los pacientes que cumplieron 5 años después del diagnóstico inicial obtuvieron puntuaciones más altas en calidad de vida relacionada con la salud (Chen et al., 2014).

El estudio realizado por Fingeret et al. (2010) confirmó la influencia de la variable del tiempo, señalando el tiempo transcurrido desde la cirugía y la edad del paciente como predictores significativos de las dificultades conductuales y emocionales con la imagen corporal. Los participantes más jóvenes se encuentran expuestos a un mayor riesgo de experimentar dificultades con la imagen corporal, y estas dificultades se incrementaron significativamente después de la cirugía inicial y se mantuvo elevada tras 1 año después de la cirugía.

Fingeret et al. (2010) observaron que la fase del tratamiento tuvo muy poca influencia en sus resultados de la encuesta, sugiriendo que los pacientes experimentan problemas de imagen corporal a través de toda la trayectoria del tratamiento del cáncer y que estas preocupaciones pueden persistir “tras el alta médica” (supervivencia). Incluso, una parte de la muestra, concretamente el 14%, formada por personas que sufrieron CCC hace 5 años, refirió tener preocupaciones relacionadas con sentir vergüenza por cambios corporales incluyendo, pero no limitado a la cicatrización/desfiguración, pérdida de dientes, decoloración de la piel, y las alteraciones del habla.

Una variable que sorprendentemente no fue un predictor de los resultados en la imagen corporal fue el género (Fingeret et al., 2010). El género es ampliamente reconocido como un fuerte predictor de la insatisfacción de la imagen corporal en la población general (Cash y Pruzinsky, 2002a), siendo las mujeres las que experimentan claramente mayores niveles de dificultades y preocupaciones en éste área. No obstante, el género no contribuyó a la puntuación de la imagen corporal en este

estudio, así como en otros estudios publicados (Lebel et al., 2013; Clarke et al., 2013; Fingeret et al., 2010; Fingeret et al., 2012), habiendo resultados contradictorios respecto la variable del género como predictor en la insatisfacción de la imagen corporal.

Lebel et al. (2013) informaron que los hombres se sentían más estigmatizados por su desfiguración que las mujeres. Sin embargo, Clarke et al. (2013) encontraron que las mujeres estaban más preocupadas por su apariencia general. Sin embargo, otros han encontrado diferencias de género respecto a las preocupaciones por la imagen corporal de los pacientes con CCC (Fingeret et al., 2010; Fingeret et al., 2012)

Finalmente, la inversión en imagen corporal y/o el valor de uno o varias partes del cuerpo, influyen en la autoestima de una persona y juega un papel importante en su adaptación a los efectos deformantes del cáncer y su tratamiento (Fingeret, 2010).

Tras realizar la búsqueda del arte en este campo, nos sumamos a la crítica que hacen varios autores al afirmar que existen importantes lagunas en la investigación descriptiva de la imagen corporal y CCC. La mayor limitación en la que coinciden la mayoría de autores es la falta de estudios longitudinales (Chen et al., 2014; Chigurupati et al., 2013; Clarke et al., 2013; Fingeret et al., 2013a; Rhondali et al., 2013; Wang A. et al., 2013; Wang H-L. et al., 2013; Zhang et al., 2013 citado en Fingeret, 2014a).

Cáncer Testicular

El cáncer testicular (CT) es la forma más común de cáncer en hombres entre 20 y 35 años de edad (Paduch, 2006; Rosendal, Kristensen y Giraldi, 2007 citado en Rossen, Pedersen, Zachariae y von der Maase, 2012).

Las mejoras en el tratamiento, como la quimioterapia basada en cisplatino, ha dado como resultado un número cada vez mayor de hombres jóvenes que se han convertido en supervivientes de CT a largo plazo, teniendo que hacer frente a los posibles efectos a largo plazo causados por el cáncer y su tratamiento en la imagen corporal y la sexualidad (Rossen et al., 2012).

Los resultados de los estudios que comparan los supervivientes de cáncer testicular con una población normal, sugieren que los supervivientes de CT generalmente tienen niveles más altos de disfunción eréctil (Dahl, Bremnes, Dahl et al., 2007; Eberhard, Stahl, Cohn-Cedermark et al., 2009) no obstante, hay estudios con resultados contradictorios.

Mientras que algunos estudios no han encontrado evidencia de disfunciones en los niveles de erección, de eyaculación y de libido causados por los regímenes del tratamiento (Lackner, Schatzl, Koller et al., 2005; Lackner, Koller, Schatzl, Marberger y Kratzik, 2009; Tuinman, Hoekstra, Vidrine et al., 2010 citado en Rossen et al., 2012), en otros se han observado una reducción del interés sexual y la actividad sexual en pacientes que habían recibido quimioterapia con o sin radioterapia en comparación con hombres que habían recibido solamente cirugía (Huddart, Norman, Moynihan et al., 2005; Jonker-Pool, van Basten, Hoekstra et al., 1997; Jonker-Pool, van de Wiel, Hoekstra et al., 2001 citado en Rossen et al., 2012).

Cáncer ginecológico

El cáncer ginecológico incluye el cáncer del cuello del útero, las trompas de Falopio, los ovarios, el útero, la vagina y la vulva (Caldwell-Sacerdoti, Laganà y Koopman (2010).

Los tipos de tratamiento para el cáncer ginecológico varían en función de la gravedad y modalidad. No obstante, gracias a los avances tecnológicos, ha aumentado de forma considerable la supervivencia; por este motivo, los profesionales del campo de la salud, deben estar preparados para dirigirse a estas pacientes, sobre todo en cuestiones de calidad de vida, tales como la salud sexual y la rehabilitación de su tratamiento (Butler, Banfield, Sveinson y Allen, 1998).

Desafortunadamente, el cáncer ginecológico tiende a producir en cambios negativos en el funcionamiento sexual debido a los efectos adversos de su tratamiento médico (Anastasia, 1998).

Un diagnóstico de cáncer y el tratamiento correspondiente, a menudo afectan a la imagen corporal y tienen el potencial de disminuir los sentimientos positivos de la propia identidad sexual (Juraskova et al., 2003).

En el estudio realizado por Caldwell- Sacerdoti et al. (2010) se examinaron diferentes perspectivas en pacientes con cáncer ginecológico sobre aspectos de su imagen corporal y sexualidad tras el tratamiento médico. Estos autores percibieron alteraciones en la imagen corporal y la sexualidad de las pacientes, a causa de los efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer, acompañado de un mayor malestar general percibido.

Los pacientes con cáncer en general, y las pacientes con cáncer ginecológico en particular, a menudo sufren alteraciones significativas y potencialmente perjudiciales, tanto en su imagen corporal y como en su sexualidad y sus sentimientos hacia la misma (Juraskova et al., 2003; Laganà, McGarvey, Classen, y Koopman, 2001 citado en Caldwell- Sacerdoti et al., 2010). Por ejemplo, los efectos secundarios del tratamiento, como dolor, náuseas, sequedad vaginal, y la fatiga tienden a provocar reacciones psicológicas negativas que, a su vez, pueden afectar al deseo y la libido (Anastasia, 1998). Además, varios investigadores (Laganà et al., 2005) han descubierto que el cáncer ginecológico puede tener un impacto negativo en las cuatro fases de la respuesta sexual de la mujer, es decir, el deseo sexual, excitación, orgasmo y resolución sexual (Kaplan, 1974).

Harris, Good, y Pollack (1982) encontraron que estas pacientes a menudo experimentan una disminución de la satisfacción sexual debido al cáncer.

El tratamiento médico para el cáncer de todos los tipos es destructiva por su propia naturaleza, a menudo con la pérdida de partes del cuerpo y/o ajustes difíciles a las limitaciones funcionales (White, 2000).

Wilmoth (2001) encontró que la cirugía en casos de cáncer de mama, a menudo es percibida por las mujeres como un asalto a un aspecto clave de su identidad sexual: "Esa parte del cuerpo agredida, había alimentado a sus hijos y también la había definido como mujer".

Del mismo modo, el tratamiento para el cáncer ginecológico normalmente afecta a las partes del cuerpo asociados con la condición de mujer y la feminidad, causando considerables cambios en el cuerpo que pueden alterar la imagen corporal. Una vez completado el tratamiento, las pacientes con cáncer ginecológico sufren los efectos residuales o secundarios de la cirugía y/o diversos procedimientos médicos, como la radiación y la quimioterapia. Tales efectos secundarios incluyen pérdida del cabello, infertilidad, menopausia prematura, aumento de peso, cicatrización y/o desfiguración de sus órganos genitales causados por el tratamiento que pueden afectar a los órganos reproductivos así como la zona abdominal (Anastasia, 1998; Butler et al, 1998;. White, 2000 citado en Caldwell- Sacerdoti et al., 2010).

A veces, el tratamiento puede incluso puede requerir la extirpación de paredes vaginales, ovarios y el útero, lo cual ocasiona consecuencias adversas para el bienestar físico y emocional (Ofman, 1995).

Cáncer de Próstata

La diferencia entre la incidencia y la mortalidad es grande, lo que hace que los hombres con cáncer de próstata abarquen un porcentaje significativo de la población superviviente de cáncer (Jemal et al., 2008). El cáncer de próstata es una enfermedad crónica que amenaza la salud y el bienestar de una proporción sustancial de los hombres de más edad (Lepore, Helgeson, Eton y Schulz, 2003).

Los andrógenos son importantes en la regulación del crecimiento de la glándula de la próstata y en la patogénesis del cáncer de próstata (Denis y Griffiths, 2000; Rashid y Chaudhary, 2004 citado en Harrington, Jones y Badger, 2009).

La terapia hormonal basada en la privación de las hormonas andrógenas (TPA) está diseñada para interrumpir el suministro de testosterona en las células de cancerígenas de la próstata, frenando su crecimiento (Harrington et al., 2009). A pesar de ser una opción de tratamiento eficaz, la TPA tiene efectos secundarios como la pérdida de masa muscular, aumento de peso, disminución del colesterol de lípidos de alta densidad, aumento de la sensibilidad y volumen en la zona de los senos, sofocos, disminución de la función cognitiva, fatiga y depresión (American Cancer Society, 2007; Higo, 2003; O'Connor y Fitzpatrick, 2006 citado en Harrington et al., 2009).

Además, los pacientes experimentan efectos secundarios significativos en el funcionamiento sexual a causa de la TPA, incluyendo disminución de la libido e impotencia sexual (O'Connor y Fitzpatrick, 2006). Higo (2003), informó sobre una pérdida de la longitud del pene o el volumen, además de la pérdida de masa testicular. Los cambios inducidos por la TPA en el cuerpo y el funcionamiento sexual (Fan, 2002; Pelusi, 2006; Smith y Reilly, 1994 citado en Harrington et al., 2009), pueden crear alteraciones significativas en la imagen corporal (Held, Osborne, Volpe y Waldman, 1994).

En el estudio realizado por DeFrank, Mehta, Stein, y Baker (2007) exploraron los factores médicos y psicosociales asociados a la insatisfacción con la imagen corporal en los supervivientes de cáncer. La insatisfacción con la imagen corporal se evaluó con una Subescala del Cuestionario multidimensional de las propias relaciones con el cuerpo "*Subscale of the Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire*" (DeFrank et al., 2007). Los supervivientes de cáncer de próstata (n = 104) constan un 25% de la muestra total. Los resultados del estudio revelaron menos insatisfacción con la imagen entre los supervivientes de cáncer de próstata en comparación con los hombres con otros tumores malignos.

No obstante, DeFrank et al. (2007) no exploran la insatisfacción con la imagen en supervivientes de cáncer de próstata en función del tipo de tratamiento.

Harrington et al. (2009) estudiaron los cambios en la imagen corporal en hombres con cáncer de próstata y se evaluó la relación de la imagen corporal con el tipo de

tratamiento, la edad, la duración de la terapia, y el IMC medio. Los resultados demostraron un grado significativamente mayor de insatisfacción con la imagen corporal en los hombres que reciben TPA respecto a los hombres que no reciben ese tratamiento. Los resultados de este estudio respaldan la presencia de alteraciones significativas en la imagen corporal, especialmente entre los hombres que reciben TPA. Un hallazgo adicional de este estudio fue el cambio en la percepción de la sexualidad y masculinidad. Más del 50% de los participantes indicaron un cambio negativo en la sexualidad (54%) y la masculinidad (57%). Esto respalda la afirmación de que la imagen corporal en el cáncer de próstata se ve afectada a través de la sexualidad y masculinidad (Harrington et al., 2009).

Estos datos, apoyan el modelo ofrecido por Mock (1993) en el cual conceptualizó la sexualidad como un componente de la imagen corporal.

Cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal provoca cambios significativos en la calidad de vida del paciente (Szczepkowski, 2002).

Pacientes con cáncer colorrectal que tienen un estoma pueden tener peor adaptación que los pacientes sin estoma (Cotrim y Pereira, 2008).

Haciendo un breve paréntesis, una ostomía es una abertura artificial o estoma creada quirúrgicamente desde el cuerpo hacia afuera para permitir el paso de orina y heces. Se usa para tratar ciertas enfermedades de los sistemas digestivos o urinarios. Puede ser permanente como cuando se extirpa un órgano o temporario como cuando un órgano necesita sanar. En general, se realiza en el intestino delgado, el colon, el recto o la vejiga (MedlinePlus, 2015).

Los pacientes con estoma deben hacer frente a una operación compleja y a la posible pérdida de una función corporal importante que causaría una distorsión en la

percepción de su imagen corporal y un cambio en el funcionamiento físico y el cuidado personal (Cotrim y Pereira, 2008).

Con el fin de hacer hincapié en el impacto de una ostomía, Bekkers, Knippenberg, Dulmen, Borne y Berge Henegouwen (1997) hacen referencia a los resultados de algunos estudios en los que pacientes con estoma han sido comparados con los pacientes sin estoma, encontrando que en el último grupo mostraban menos síntomas depresivos y experimentaron un menor número de cambios en la imagen corporal junto con intenciones más altas a la hora de querer reanudar el trabajo.

En términos de género, Sisk (2000) sugiere que la angustia puede ser mayor cuando el cuidador es una mujer y en especial si el paciente es el cónyuge. Las relaciones de pareja también se ven influidas por la enfermedad. Estas influencias en la relación de pareja son las referidas por los pacientes con estoma como más importantes, debido mayormente a los cambios en la imagen corporal causados por el estoma.

La sexualidad también puede verse afectada, principalmente en los hombres intervenidos quirúrgicamente mediante colostomía, en la cual se ha producido un daño en los nervios de los órganos genitales, lo que lleva a una disfunción en la erección y la eyaculación (Cotrim y Pereira (2008).

Nugent, Daniels, Stewart, Patankar y Johnson (1999) encontraron que el paciente estoma se enfrenta a un profundo cambio en la imagen corporal y reporta sentimientos de inadecuación y la depresión.

En términos de imagen corporal, Kirkpatrick (1980) refiere que un estoma provoca importantes alteraciones en la imagen corporal en pacientes con cáncer colorrectal, hecho que afecta al retorno a la vida social del paciente después de la cirugía.

En el estudio realizado por Cotrim y Pereira (2008), encontraron que los pacientes con estoma mostraron mayores alteraciones relacionadas con la función física, función de rol, función social, función emocional, salud y la calidad de vida en general, en

comparación con los pacientes sin estoma. También se encontró que estos pacientes tenían mayores problemas respecto a su imagen corporal y funcionamiento sexual.

Los estudios realizados por Sharpe, Patel y Clarke (2011) y Bullen, Sharpe, Lawsin et al., (2012), en pacientes con cáncer colorrectal mostraron que el estoma era un predictor significativo de las preocupaciones de la imagen corporal que “empeoran con el tiempo” en los pacientes con cáncer colorrectal en comparación con los pacientes con CC sin estoma (Fingeret et al., 2014).

Piwonka y Merino (1999) consideran que uno de los aspectos que más influye en la adaptación del paciente a una colostomía es la necesidad de recibir enseñanza del cuidado del estoma.

El éxito de la adaptación a una colostomía permanente es mayor en los pacientes que reciben información sobre cómo cuidar de su estoma y recibir apoyo psicológico con el fin de aceptar su nueva imagen corporal.

Planteamiento del problema

Es bien conocido que el cáncer ha adquirido tal magnitud que se sitúa como la primera causa de muerte en España (la primera en varones y la segunda en mujeres) por lo cual es considerado como un problema de salud pública de primer orden. Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), cada año, se diagnostican alrededor de 162.000 nuevos casos en nuestro país (exceptuando tumores cutáneos no melanomas), con una razón varón:mujer de 3:2, entre los cuales más de 98.000 fallecen por esta causa. Aunque desde el comienzo de la década de los noventa, se ha presenciado un descenso de las muertes atribuibles al cáncer; los datos de incidencia y muerte siguen siendo impactantes pese a los esfuerzos invertidos en la investigación y la consiguiente mejora en la supervivencia (Sociedad Española de Oncología Médica, 2016).

Los tratamientos para el cáncer más frecuentes según el Instituto Nacional del Cáncer en España son las siguientes: cirugía¹, radioterapia², quimioterapia³, inmunoterapia⁴, terapia dirigida⁵, terapia hormonal⁶ y trasplante de células madre⁷. Según este Instituto, los efectos secundarios más comunes causados por los tratamientos contra el cáncer son los siguientes: caída del pelo, cambios en la piel y en las uñas, linfedema, problemas en la boca y en la garganta, problemas sexuales y de fecundidad y, problemas urinarios y de vejiga (Instituto Nacional del Cáncer, 2015).

Con frecuencia el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de las personas que lo padecen. Estos cambios pueden ser temporales, como por ejemplo: los cambios de peso, la caída del cabello, las alteraciones en la piel y en las uñas, entre otros. Otros cambios serán permanentes, como los efectos de algunas cirugías (p. ej. cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría, linfedema). Algunos afectan

¹ La cirugía es el procedimiento por el cual se extirpa el tumor del cuerpo.

² La radioterapia consiste en utilizar altos niveles de radiación para destruir las células cancerosas y de este modo reducir el tamaño de los tumores.

³ La quimioterapia es un tratamiento que emplea fármacos para eliminar las células cancerosas.

⁴ La inmunoterapia consiste en ayudar al sistema inmunitario a combatir el cáncer.

⁵ La terapia dirigida consiste en un tratamiento que actúa sobre los cambios que promueven el crecimiento, la división y diseminación de las células cancerosas. La inmunoterapia consiste en ayudar al sistema inmunitario a combatir el cáncer.

⁶ La terapia hormonal es un tratamiento que consiste en reducir la velocidad de crecimiento o detener el desarrollo del cáncer que utiliza hormonas para su crecimiento.

⁷ El trasplante de células madre es un procedimiento mediante el cual se pretende restaurar las células madre que se destruyeron por las altas dosis empleadas en los tratamientos para el cáncer como la quimioterapia y radioterapia.

únicamente a nivel estético mientras que otros conllevan además una incapacidad funcional (Anderson y Johnson, 1994; Die-Trill, Die-Trill y Die Goyanes, 2003; Vázquez, López Tarruella-Cobo y Martín, 2004 citados en Fernández, 2004).

Existen varios tipos de tumores cancerígenos que tienen un fuerte impacto sobre la imagen corporal: el cáncer y sus tratamientos pueden, de hecho, modificar significativamente el aspecto y la integridad de los cuerpos de los pacientes, causando problemas a diferentes niveles (Annunziata et al., 2011). Sin embargo, en el entorno oncológico, el sufrimiento asociado a cambios en la imagen corporal no siempre se toma en la consideración que le corresponde (White, 2002). Pocos estudios han evaluado la prevalencia de los efectos asociados a la imagen corporal en este campo, no obstante algunos autores como Fingeret, Vidrine y Reece, 2010; Fingeret et al., 2012 citados en Fingeret et al., 2014) refieren que existen evidencias que demuestran que por ejemplo, pacientes con cáncer de cara y cuello quienes han sido tratados con cirugía son altamente propensos a sufrir este tipo de preocupaciones.

Estudios realizados con supervivientes de cáncer de mama a largo plazo, muestran que entre el 15% y el 30% de preocupaciones que experimentan, están relacionadas con su imagen corporal (Anagnostopoulos y Myrghianni, 2009; Falk Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fosså y Dahl, 2010; Lyngholm, Christiansen y Damsgaard, 2013 citado en Fingeret et al., 2014).

Las investigaciones relacionadas con la imagen corporal y el cáncer, se centran principalmente en el cáncer de mama y el cáncer de cara y cuello, debido al impacto que supone realizar una intervención (p. ej., con posible desfiguración) en zonas de gran relevancia como la que tiene el rostro para las personas y, concretamente, el pecho para las mujeres. No obstante como se refiere en la revisión realizada por Fingeret et al. (2014) se ha podido ver que no solo se ve afectada la imagen corporal en otros tipos de cáncer sino que, esta preocupación por la imagen corporal, correlaciona con la aparición de ansiedad y depresión en casos de cáncer de mama y colorrectal; con una peor calidad de vida en casos de cáncer de mama, próstata, cara y cuello; y dificultades en el funcionamiento sexual en casos de cáncer de mama, ginecológico y testicular.

Tras revisar el estado del arte que comprende el área de la imagen corporal en pacientes con cáncer, podemos afirmar que existen varios estudios que hablan sobre la influencia que este tiene sobre la imagen corporal y las consecuencias que tiene la alteración de la misma, por ejemplo (Fernández, 2004; Fingeret et al., 2014; Helms et al., 2008). En la literatura hemos podido encontrar en mayor medida, estudios orientados a la evaluación de los efectos del cáncer sobre la imagen corporal; pero muy pocos estudios enfocados hacia intervenciones específicas para tratar las afecciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer. Es por ello que la presente revisión se orientará a identificar, evaluar y valorar estas intervenciones. Hallamos estudios que hablan sobre la afección de la imagen corporal en pacientes en varias etapas del cáncer y/o procesos derivados (p. ej., tumores, miomas), como en estadio temprano (Vos, Visser, Garssen, Duivenvoorden y de Haes, 2007), cáncer primario (Fobair et al., 2002), metástasis (Kieren et al., 1997) o supervivientes de un cáncer (Sandel et al., 2005; Speck et al., 2010). También encontramos estudios que se centran a lo largo de varias fases o momentos de la enfermedad como: durante el tratamiento (Svensk et al., 2009), durante la hospitalización (Quintard y Lakdja, 2008), después del tratamiento (Fobair et al., 2006) , durante el transcurso de la enfermedad (Moreira y Canavarro, 2010) y después de la cirugía (Fadei et al., 2011; Kalaitzi et al., 2007); también disponemos de estudios que trabajan la variable de imagen corporal con otras variables como: calidad de vida (Mehnert et al., 2011; Sandel et al., 2005; Svensk et al., 2009; Unukovych et al., 2012), bienestar psicológico (Kalaitzi et al., 2007), relación de pareja (Speck et al., 2010), funcionamiento sexual (Caldwell-Sacerdoti et al., 2010; Juárez-García y Landero-Hernández, 2012; Jun et al., 2011; Unukovych et al., 2012;), autoestima (Juárez-García y Landero-Hernández, 2012; Narváez, Rubiños, Cortés-funes, Gómez y García, 2008; Sebastián et al., 2007), estrés (Cohen et al., 2011; Quintard y Lakdja, 2008), ajuste psicosocial (Moreira y Canavarro, 2010), ansiedad y depresión (Mehnert et al., 2011; Narváez et al., 2008).

No obstante, hemos podido detectar un gran vacío en cuanto a intervenciones psicológicas se refiere; por este motivo, vamos a dar un paso más y realizar un análisis exhaustivo de la literatura para ver el estado actual sobre las intervenciones psicológicas que se realizan para mejorar la imagen corporal en pacientes que han

sufrido diferentes tipos de cáncer, y con ello poder dar respuesta a preguntas como: ¿Hay algún modelo estructurado o protocolo psicológico basado en la evidencia para mejorar la imagen corporal en pacientes con cáncer?, ¿Tienen resultados significativos en la imagen corporal?, ¿La intervención es específica y centrada en la variable imagen corporal?, ¿Qué tipo de intervenciones proponen las últimas investigaciones para mejorar la imagen corporal en pacientes con cáncer?, ¿Hay intervenciones específicas en base al tipo de cáncer?, ¿Para qué tipos de cáncer, que se ha visto que se ve afectada la imagen corporal, hay intervenciones para la mejora de la imagen corporal?

Objetivos

Los objetivos que queremos alcanzar en la presente revisión son los siguientes:

1) Identificar el estado del arte respecto a la afectación de la imagen corporal en pacientes con cáncer, con la finalidad de conocer:

- El número de publicaciones para conocer la importancia de este campo en la investigación.
- Qué tipos de cáncer son más estudiados en lo que a imagen corporal se refiere.
- Qué relación existe entre las consecuencias o efectos secundarios que tienen diferentes tipos de cáncer sobre la imagen corporal.

2) Realizar un análisis de los diferentes tipos de intervenciones psicológicas utilizadas para mejorar la imagen corporal afectada por el cáncer, y con ello conocer:

- El número de publicaciones para identificar la importancia de este campo de estudio en la investigación.
- El tipo de intervenciones psicológicas que se reportan en la literatura para mejorar la imagen corporal en pacientes con cáncer, y la eficacia reportada.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda en las bases de datos ProQuest Central, Web of Science, Scopus y Science Direct utilizando los términos “cancer” and “body image” and “psychotherapy “ or “psychological treatment” or psycho* y “cáncer” and “imagen corporal” and “psicoterapia” or “tratamiento psicológico”. Se incluyeron las revisiones y metaanálisis publicados en inglés y español; limitando la búsqueda a los estudios realizados en los últimos 10 años (2005-2016). Se identificaron 797 resultados, de los cuales, en base al título, resumen y resultados, consideramos de interés para nuestro trabajo 145 artículos científicos, que nos aportaban información relevante, no solo referente a las intervenciones psicológicas en imagen corporal, sino también información relevante para construir el marco teórico de esta revisión cómo principales afecciones del cáncer y sus tratamientos, variables que se ven afectadas en pacientes con cáncer, evaluaciones a lo largo de varias etapas del proceso de tratamiento y/o diferentes estadios de la enfermedad, trastornos asociados, etc.

Debido al carácter multidisciplinar, ciencias de la salud, de los buscadores empleados para esta revisión, gran parte de los artículos que respondían a los criterios de “body image” y “cancer” estaban enfocados desde una perspectiva médica y quirúrgica, de modo que fueron desestimados para esta revisión.

Los criterios que se tuvieron en cuenta a la hora de incluir los estudios en la presente revisión fueron los siguientes: 1) Estudios con intervenciones psicológicas enfocadas en la mejora de la imagen corporal en pacientes con cáncer; 2) Estudios con intervenciones psicosociales o análogas (p. ej., actividades físicas (danza, baile, ejercicios aeróbicos), actividades dirigidas a fines cosméticos, etc.), enfocadas en la mejora de la imagen corporal en pacientes con cáncer; 3) Intervenciones en población adulta, masculina y/o femenina.

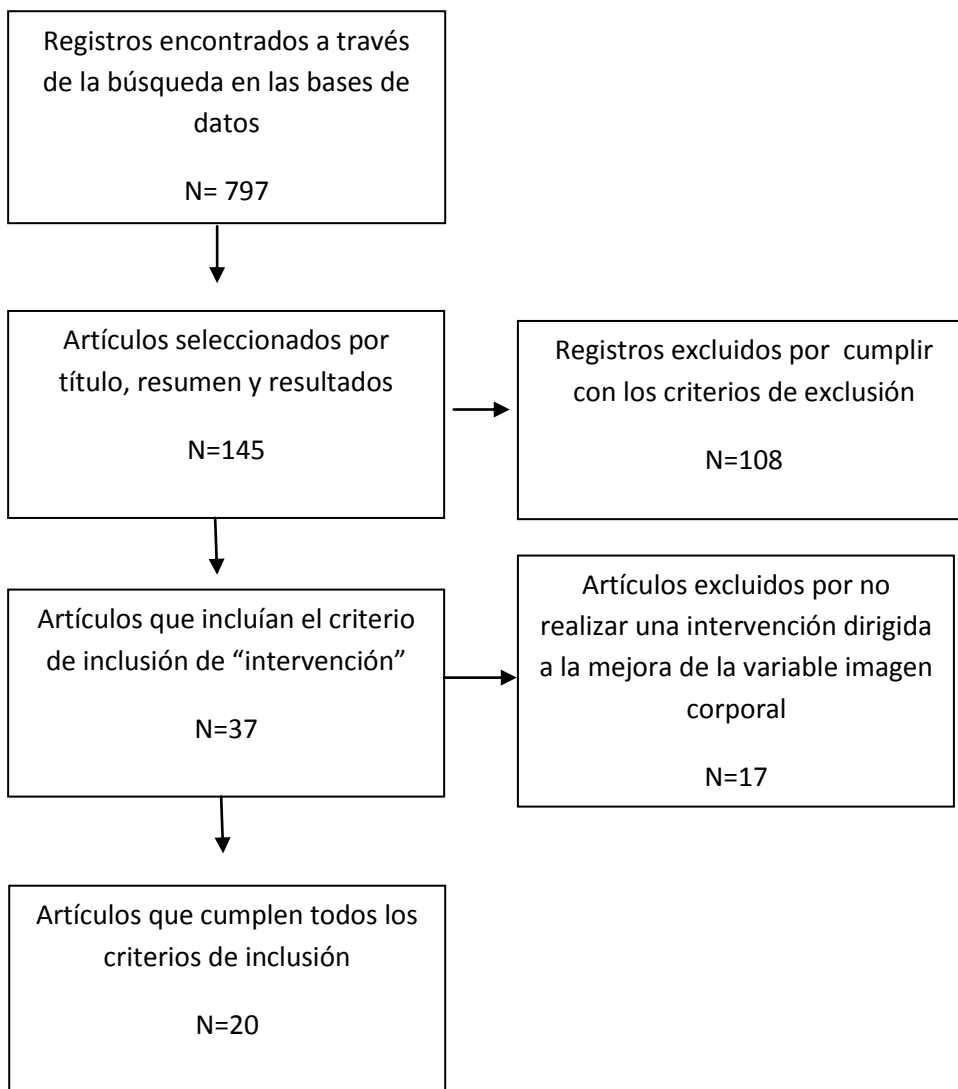
Mientras que se descartaron los artículos donde: 1) Las investigaciones estaban centradas en un enfoque médico-biológico; 2) Las intervenciones se llevaban a cabo en muestras de población infantil o adolescente, personas con historial psiquiátrico anterior, y pacientes con cuidados paliativos o al final de la vida; 3) Artículos donde no

se realiza una intervención enfocada a la mejora de la imagen corporal; 4) Artículos de revisión.

De modo que, en base a esos criterios, de los 145 artículos seleccionados por tener información de nuestro interés, 108 fueron excluidos por cumplir criterios de exclusión, obteniendo 37 artículos que cumplían el criterio de intervención. No obstante, fueron eliminados todos aquellos estudios donde las intervenciones no iban dirigidas a mejorar la variable imagen corporal, obteniendo la cifra final de 20 artículos incluidos en esta revisión.

Tabla 2.

Diagrama de flujo del proceso de revisión sistemática (2016)



RESULTADOS

Mediante la utilización del método de búsqueda descriptivo se identificaron 797 publicaciones, de los cuales 20 artículos cumplieron finalmente con los criterios de inclusión citados para esta revisión.

Nueve artículos del total incluidos realizaban intervenciones psicológicas para mejorar la imagen corporal en una muestra de pacientes con cáncer, de los cuales tres empleaban un enfoque psicosexual y centrado en la pareja (Baucom et al., 2008; Jun et al., 2011; Kalaitzi et al., 2007); cuatro realizaban intervenciones psicosociales (Fobair, 2002; Sebastián et al., 2007; Vos et al., 2007; Vos, Visser, Garssen, Duivenvoorden y De Haes, 2006); y dos con terapias cognitivo-conductuales (Fadaei et al., 2011; Narváez et al., 2008).

Un artículo del total incluidos pretendía mejorar la imagen corporal mediante técnicas psicológicas combinadas con un programa de ejercicios físicos; concretamente, técnicas cognitivo-conductuales combinadas con ejercicio físico (Duijts et al., 2012).

Cuatro de los artículos seleccionados proponen mejorar la imagen corporal a través de programas de ejercicios físicos (Mehnert et al., 2011; Speck et al., 2010), incluyendo programas de danza y movimiento (Goldov, 2011; Sandel et al., 2005).

Seis artículos del total, emplearon diversos tipos de intervenciones, categorizándolas como alternativas o complementarias, como arte-terapia (Lantheaume et al., 2015, Svensk et al., 2009), educación cosmética (Huang y Liu, 2008; Park et al., 2015; Quintard y Lakdja, 2008) y musicoterapia (Bradt, Dileo, Grocke y Magill, 2011).

Intervenciones psicológicas

Enfoque psicosexual y centrado en la pareja

De los tres artículos que pretenden mejorar la imagen corporal en pacientes con cáncer, dirigiendo su intervención hacia la pareja y el funcionamiento sexual, tan solo uno (Kalaitzi et al., 2007) muestra mejoría significativa en la variable de imagen corporal.

Baucom et al. (2008) presentaron un piloto de un programa de intervención basado en la pareja para pacientes con cáncer de mama que tenía como objetivo enseñar a las parejas formas de reducir al mínimo los efectos negativos de la enfermedad y potenciar el funcionamiento positivo durante esta difícil etapa. La muestra estaba formada por 14 parejas, donde la mujer se encontraba en una fase temprana de cáncer de mama. El programa consistía en seis sesiones que se realizaban cada quincena, con una duración de 75 minutos, en las cuales, desde una perspectiva cognitivo-conductual, se trataban temas como el acercamiento al cáncer de mama desde una perspectiva de pareja, educación sanitaria sobre el cáncer de mama, habilidades de comunicación para la toma de decisiones y el intercambio de pensamientos y sentimientos respecto a las cuestiones relacionadas con el cáncer, promoción para una adaptación sexual e imagen corporal sana, fomento de los aspectos positivos de la vida durante los tiempos difíciles, y los beneficios de la investigación y del sentido de la vida en el cáncer de mama. La evaluación de la imagen corporal se realizó con la escala de autoimagen SIS, en la cual no se mostraron resultados significativos en la variable imagen corporal.

Jun et al. (2011) tenían como objetivo desarrollar un programa de reformulación de la intimidad conyugal y la vida sexual que proporcionara mejoras en la imagen corporal y la función sexual en pacientes supervivientes de un cáncer de mama. El estudio se llevó a cabo con 45 mujeres casadas, que convivieran en ese momento con sus parejas y que hubieran padecido un cáncer de mama. El programa consistía en grupos de discusión y asesoramiento centrado en la sexualidad y la capacidad de comunicación de la pareja, junto con actividades de arte, lectura de poemas, visualización de películas y técnicas de respiración, en un programa de seis sesiones semanales, de dos horas de duración. La imagen corporal se evaluó con la subescala CARES, en la cual no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la imagen corporal, la intimidad conyugal, el interés y la disfunción sexual tras el programa.

No obstante, la intervención psicosexual resultante de una combinación de terapia sexual y terapia de pareja realizada por Kalaitzi et al. (2007) sí revela una mejoría significativa en las puntuaciones de la variable imagen corporal, así como en las puntuaciones de depresión y ansiedad estado, y satisfacción con la relación. El objetivo del estudio consistía en crear efectos positivos en la sexualidad, imagen corporal y bienestar psicológico en una muestra de pacientes de cáncer de mama mediante una intervención psicosexual. La intervención fue llevada a cabo con 40 mujeres que habían sido intervenidas con mastectomía simple por un cáncer primario de mama, la cual consistía en seis sesiones terapéuticas donde se realizaban actividades como, visualización de fotografías de la apariencia final de la mama tras la operación, explicación de alternativas para la cirugía de reconstrucción, expresión emocional, entrenamiento en comunicación, focalización sensorial e imaginería corporal. Se realizó la evaluación con un cuestionario sobre sexualidad e imagen corporal (no especificado), donde obtuvieron una mejoría significativa en la variable imagen corporal en el post-tratamiento. No obstante, como limitaciones de este estudio podemos añadir que no especifica el instrumento de evaluación para la variable imagen corporal y sexualidad.

Enfoque psicosocial

El estudio realizado por Sebastián et al. (2007) consistió en la realización de un programa de intervención psicosocial dirigido a mejorar la imagen corporal y la autoestima en pacientes con cáncer de mama. Se trabajó con una muestra de 107 mujeres que habían sido intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mama. El programa se dividió en cinco bloques, que se llevaban a cabo a lo largo de 14 sesiones de dos horas cada una: preparación para la quimioterapia, educación para la salud, imagen corporal, manejo del estrés y habilidades de afrontamiento personal, y habilidades de comunicación y establecimiento de metas. El bloque de imagen corporal estaba repartido en cinco sesiones en las cuales se exploraban las preocupaciones de la mujer en cuanto a las cicatrices, los cambios en la sexualidad, información sobre el arreglo personal, la prótesis, etc., y al mismo tiempo trabajaban

la vivencia del propio cuerpo y la influencia que esto estaba teniendo en las relaciones sexuales y la autoestima. La evaluación de la imagen corporal fue llevada a cabo por un cuestionario creado por el equipo de investigación, basado en las contribuciones que realizó Hopwood (1993) sobre los elementos más importantes en lo que se refiere a la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama; insatisfacción con la apariencia, pérdida de la feminidad, evitar mirarse a sí misma desnuda, sentirse menos atractiva, efectos adversos del tratamiento, preocupación por la apariencia e insatisfacción por la cicatriz o la prótesis. Para cada una de estas cuestiones elaboraron unos ítems. Los resultados del estudio mostraron que la variable imagen corporal obtuvo resultados significativos en la evaluación post-tratamiento.

Otra intervención psicosocial que mostró resultados en la variable imagen corporal fue la llevada a cabo por Vos et al. (2006) la cual pretendía averiguar en qué momento las intervenciones son más eficaces a la hora de mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer, para ello evaluaron los efectos de una intervención psicosocial tardía frente a una intervención psicosocial temprana en una muestra de pacientes con cáncer de mama. La muestra estaba formada por 67 mujeres en una fase inicial de cáncer de mama. El grupo de psicoterapia estaba basado en las premisas experienciales-existenciales enriquecidas con componentes cognitivo-conductuales, obteniendo resultados significativos para la variable imagen corporal en la subescala QLQ-BR32 del EORTC QLQ-30. La conclusión principal de este estudio fue que las mujeres que comenzaron la intervención temprana mostraban un nivel de angustia menor a los seis meses de seguimiento en comparación con las mujeres que estaban en la condición de intervención tardía, haciendo hincapié en que la orientación psicosocial debe ofrecerse tan pronto se realice el diagnóstico o cirugía para el cáncer de mama. Estos resultados se complementan con otro estudio realizado por Vos et al. (2007) el cual tenía como objetivo comparar la eficacia sobre el ajuste psicosocial de un grupo de psicoterapia experimental existencial con respecto a un grupo de apoyo social en el ajuste psicosocial. La muestra estaba formada por 67 mujeres con cáncer de mama en fase inicial, las cuales fueron distribuidas de forma aleatoria a ambos grupos, y se registró la variable imagen corporal con la sub escala QLQ-BR32 del

EORTC QLQ-30. Los resultados mostraron cambios positivos para la variable imagen corporal en ambos grupos independientemente del tipo de intervención, mientras que otros indicadores de adaptación psicosocial no cambiaron, pese a ser este el objetivo inicial del estudio. Con estos resultados los autores concluyeron que las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama bien adaptadas no se benefician específicamente de este tipo de intervenciones.

El estudio donde la intervención aplicada mostró no tener alguna influencia sobre la imagen corporal fue el llevado a cabo por Fobair (2002), el cual tenía como objetivo examinar los efectos de una intervención de terapia de grupo de apoyo y expresiva ofrecido a las mujeres lesbianas con cáncer de mama en estadio temprano. El estudio fue llevado a cabo con 20 mujeres donde se realizó una intervención psicosocial a lo largo de 12 semanas dirigida exclusivamente a mujeres lesbianas con cáncer de mama. La intervención consistió en un grupo de apoyo y expresión emocional, de forma que las participantes pudieran expresar de forma abierta sus pensamientos y emociones, centrándose en temas como, los problemas de un nuevo diagnóstico, el hacer frente a la enfermedad y al tratamiento, los cambios de humor, las respuestas de afrontamiento y la auto-eficacia, la mejora de las relaciones con la familia, los amigos y los médicos, el impacto de la enfermedad sobre la vida, el dolor y el sueño, y los cambios en la imagen corporal y la sexualidad. Los resultados de la intervención se evaluaron con la Escala de imagen corporal y sexualidad para mujeres con cáncer de mama (BISS), sin mostrar resultados significativos para la variable imagen corporal y sexualidad.

Enfoque cognitivo-conductual

El estudio llevado a cabo por Fadaei et al. (2011) cuyo propósito consistía en examinar los efectos de la orientación cognitivo-conductual en la imagen corporal entre las mujeres iraníes con cáncer de mama primario, basándose en la terapia racional emotiva-conductual de Ellis, donde se trabajó con relajación muscular, habilidades de

adaptación y solución de problemas, con un grupo de 72 pacientes diagnosticadas e intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama, en seis sesiones a lo largo de tres semanas. La evaluación de la imagen corporal se realizó con la escala de imagen corporal (BIS) en conjunto con la (EORTC). Los resultados muestran que la puntuación de la variable imagen corporal fue significativamente menor en el grupo de intervención en comparación con el grupo control después de la intervención.

A estos estudios se le suma el realizado por Narváez et al. (2008) cuyo objetivo fue valorar la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la mejora de la imagen corporal, la autoestima, la sexualidad además de reducir el malestar emocional. La intervención se llevó a cabo con 38 mujeres con historial de cáncer de mama, la cual consistió en una terapia de grupo estructurada formada por cuatro módulos abordados a lo largo de nueve sesiones de hora y media cada una: módulo del estado de ánimo, módulo de la imagen corporal y la autoestima, módulo de sexualidad, y módulo de despedida. El módulo de la imagen corporal y autoestima se llevaba a cabo a lo largo de cuatro de las nueve sesiones totales, en el cual se emplearon diferentes técnicas y ejercicios para facilitar la exposición, primero en imaginación y después en vivo a su nueva imagen, de esta manera se buscó lograr una descripción más exacta de su autoimagen y la identificación de posibles distorsiones cognitivas, dando pie a modificar las creencias irracionales en relación a la importancia del aspecto físico en el atractivo y la valía personal. La evaluación se realizó con la Escala de imagen corporal de Hopwood. Los resultados obtenidos en esta escala en ambos grupos, experimental y control, no muestran diferencias significativas en la variable imagen corporal.

Intervenciones combinadas mediante técnicas psicológicas y ejercicio físico

El propósito del estudio llevado a cabo por Duijts et al. (2012) fue evaluar el efecto de la terapia cognitivo-conductual (TCC), el ejercicio físico, y estas dos intervenciones combinadas, sobre los síntomas de la menopausia, la imagen corporal, el

funcionamiento sexual, el bienestar psicológico y la calidad de vida saludable, en una muestra de 422 pacientes con cáncer de mama que experimentan la menopausia inducida por el tratamiento. En este estudio se utilizó la terapia cognitivo-conductual basada en el programa desarrollado por Hunter et al. (1996) que consiste en seis sesiones de grupo semanales de 90 minutos cada una, incluyendo ejercicios de relajación. El enfoque principal de la TCC fue sobre los sofocos y sudores nocturnos, pero también, otros síntomas (por ejemplo, sequedad vaginal) y las áreas problemáticas (la imagen corporal, la sexualidad, y la alteración del estado de ánimo). Seis semanas después se realizó una sesión de refuerzo después de la finalización del programa. El programa de educación física consistía en un programa de ejercicios de 12 semanas, adaptado individualmente, autodirigido, de 2,5 a 3 horas por semana. Durante la sesión de admisión, el fisioterapeuta asistió a cada mujer en la selección de una forma apropiada de ejercicio (por ejemplo, nadar, correr, montar en bicicleta). Cada mujer fue provista de un monitor de ritmo cardíaco y fue instruida en su uso para lograr una meta de ritmo cardíaco. En la cuarta y octava semana, las mujeres realizaron entrevistas telefónicas con el fisioterapeuta para hablar de su experiencia y la posible necesidad de ajustar el programa. En la última semana, las mujeres visitaban la clínica para una sesión final en la que recibieron asesoramiento sobre la mejor manera de mantener el nivel deseado de actividad física. Las mujeres en el grupo de intervención combinada se sometieron a los programas de rehabilitación y educación física al mismo tiempo. La muestra es de N=422, con cuatro grupos, grupo TCC (n=109), grupo ejercicio físico (n=104), grupo combinado (TCC+EF) (n=106) y grupo control (n=103).

La imagen corporal se evaluó con la subescala de cuatro ítems del cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer de Mama (QLQ-BR23). Se realizaron tres evaluaciones, antes del programa (línea base) T0, 12 semanas después de entrar en el estudio (al terminar el estudio) (T1) y seis meses después de entrar en el estudio T2.

No se observaron diferencias significativas en el tiempo entre los grupos globales en la variable de la imagen corporal.

Ejercicios físicos

Programa de ejercicios físicos

El estudio realizado por Mehnert et al. (2011) tenían como objetivo averiguar si una intervención con ejercicios durante 10 semanas tenía efecto sobre la ansiedad, la depresión, la imagen corporal, la calidad de vida y la capacidad cardiovascular en una muestra de 58 mujeres con cáncer de mama. Durante un período de 10 semanas, las participantes en el grupo de intervención recibieron la práctica de ejercicio físico estructurado dos veces por semana (20 sesiones) y se realizó la segunda evaluación (T1) "a las 10 semanas" (siendo la primera antes de la intervención, T0). El grupo en espera también recibió las evaluaciones en T1 después de un período de espera de 10 semanas y luego comenzó con la práctica del ejercicio físico estructurado dos veces por semana. La imagen corporal fue evaluada con el cuestionario de imagen corporal (BIQ). Los resultados en la subescala de la imagen corporal individual fueron significativos en el grupo de intervención en comparación con el grupo en espera, pero no hubo resultados significativos en la subescala de la imagen corporal social. La imagen corporal individual incluye dimensiones como la atracción sexual, la feminidad, y la satisfacción del cuerpo. Por el contrario, la imagen del cuerpo social se refiere a la inseguridad social, la insatisfacción con respecto a la apariencia de uno, y la evitación de los contactos sociales. La falta de mejora de la imagen corporal social podría ser causada, según los autores, por un efecto suelo, lo que indicaría que las mujeres que participan en esta intervención no sufrieron daños graves en la imagen corporal social.

Otro estudio que utilizó ejercicio físico para mejorar la imagen corporal en pacientes supervivientes de cáncer de mama fue el realizado por Speck et al. (2010) en el cual se presentó un piloto (training trial) que consistía un programa de ejercicios de 90 minutos de duración dos veces por semana a lo largo de 13 semanas, en un gimnasio con grupos de dos a seis personas. La muestra estaba formada por 224 mujeres, y los ejercicios incluyeron estiramientos, calentamiento cardiovascular, ejercicios de "corazón" ejercicios para fortalecer los músculos abdominales y la espalda, y levantamiento de pesas. Después de las 13 semanas, las participantes continuaron el

ejercicio no supervisado dos veces por semana en el gimnasio durante un año. Se pidió a las participantes del grupo de control que no cambiaran su nivel de ejercicio durante la participación en el estudio. La imagen corporal se evaluó con la escala de imagen corporal y relaciones de pareja (BIRS). Los resultados indican que la intervención tuvo efectos beneficiosos sobre la percepción de uno mismo, la apariencia, la salud, la fuerza física, la sexualidad, las relaciones y el funcionamiento social, tal y como se mide en la escala de la imagen corporal y relaciones (BIRS). No obstante, las pruebas de medición no fueron significativas, por lo que, los propios autores afirman que el impacto de la intervención en la mejora de la percepción de la imagen corporal sigue siendo poco clara.

Programas de danza y movimiento

El estudio llevado a cabo por Goldov (2011) tenía como objetivo explorar la eficacia de la terapia médica de baile y movimiento llevada a cabo de manera individual en mujeres con cáncer de mama. El estudio se llevó a cabo con 14 mujeres y la evaluación se realizó a través de la escala de imagen corporal (BIS), “the Serlin Kinaesthetic imagery profile” y la escala de relaciones de pareja e imagen corporal (BIRS). Las sesiones, de unos 30 minutos, consistían en un movimiento de calentamiento, un componente rítmico diádico, y una vuelta a la calma (cooldown). Los resultados revelaron que en el grupo experimental hubo un decremento de los problemas de imagen corporal a las cinco sesiones, con reducciones adicionales después del tratamiento de dos semanas. Además, como medida de evaluación complementaria se les pidió a todas las participantes que respondieran a cuatro preguntas reflexivas, en las que se pudo apreciar que las mujeres que recibieron la intervención afirmaron descubrir sus cuerpos de nuevo, y realizaron cambios de conducta previstas y/o implementaron nuevos comportamientos a favor a su imagen corporal. Mientras que, las mujeres del grupo de control no contemplaron realizar cambios comportamentales en un futuro a favor de su imagen corporal.

Estos resultados sobre el efecto de la danza y el movimiento sobre la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama son avalados con el estudio realizado por Sandel et al. (2005) cuyo propósito fue poner a prueba una intervención de danza para la mejora de la imagen corporal, la salud y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. La intervención en movimiento se basó en el método de Lebed (2002) el cual se basa en centrarse en la curación a través del movimiento y la danza, con una duración de 12 semanas, con dos sesiones por semana durante las seis semanas iniciales y una sesión por semana durante seis semanas adicionales, con un total de 18 sesiones. La duración del programa se diseñó para permitir que las mujeres que en ese momento se estaban sometiendo o recuperando de los tratamientos de radiación o quimioterapia pudieran permitirse perder sesiones, debido a la fatiga o los efectos secundarios, y aun así ser capaz de asistir a las sesiones suficientes para beneficiarse del programa. Los componentes de baile fueron diseñados para abordar, de una manera sutil, los desafíos existenciales que la mayoría de las mujeres informan que después del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, como la imagen corporal. Se evaluó con la escala de imagen corporal (BIS), evaluando, antes de la intervención, a las 13 semanas y a las 26 semanas. La puntuación de la escala de imagen corporal mejoró en ambos grupos a las 13 semanas. Hubo un efecto significativo en el tiempo en ambos grupos, pero no entre grupos. La mejora seguía vigente a las 26 semanas.

Intervenciones alternativas

Arteterapia

El estudio realizado por Lantheaume et al. (2015) quienes llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue evaluar el impacto de una intervención basada en el uso de fotografías como técnica terapéutica sobre la imagen corporal de pacientes con cáncer de mama. Este estudio propone el uso de fotografías como técnica terapéutica, la cual definen como una terapia lúdica utilizando como medio la fotografía y el foto-lenguaje. La técnica se divide en dos etapas, la primera donde la paciente es la modelo y es

fotografiada a lo largo de todo el tratamiento, y la segunda etapa donde la paciente comenta las fotografías con la terapeuta facilitando la expresión de emociones a partir de lo que ve. Las participantes fueron cinco mujeres, quienes padecían un cáncer de mama en fase inicial. Los resultados cualitativos de las entrevistas realizadas antes y después de la intervención basada en el uso de fotografías mostraron una notable diferencia en la autoimagen de su cuerpo de referencia (el que conocían o deseaban) y la autoimagen del cuerpo actual. La valoración de la imagen corporal fue más positiva, percibiendo su cuerpo como un constructo multidimensional. La limitación que envuelve este estudio es que la evaluación fue cualitativa y no cuantitativa, de forma que no nos permite ver si los resultados realmente llegaron a ser significativos o no.

Otro estudio situado en el marco de la arteterapia fue el llevado a cabo por Svensk et al. (2009) tuvo como objetivos mediante la intervención ofrecer un tiempo y espacio de expresión y reflexión, dar apoyo en el proceso de restauración de la imagen corporal, y reducir el estrés; en una muestra de 41 mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama. Las sesiones de arteterapia individuales duraron cinco semanas. Cada sesión fue dirigida por uno de los dos terapeutas entrenados en arte. Durante todas las sesiones, se ofrecieron los mismos materiales: hojas de papel, un rollo de papel, pasteles del aceite en 48 colores y pinturas al óleo, témpera fluidos, lápices, carbón, cinta adhesiva, tijeras y brochas. Todas las sesiones de arteterapia fueron inspiradas por el método de arteterapia de Betensky (1995). Se realizaron evaluaciones antes de realizar la radioterapia (T0), dos meses después (T1) y seis meses después (T2). La imagen corporal se evaluó con la escala QLQ-BR23 del EORTC-QoL. No hubo diferencias significativas en las puntuaciones T0, T1 y T2 entre el grupo de intervención y el grupo control. No obstante, dentro del grupo de intervención, si hubo diferencias significativas en las variables imagen corporal y perspectivas futuras.

Intervención cosmética

Huang y Liu (2008) llevaron a cabo un estudio destinado a verificar los efectos de un programa de rehabilitación estética de la imagen corporal en 44 pacientes con cáncer oral. Se realizó una evaluación antes de empezar el proyecto, a la sexta semana y a las 12 semanas. Durante la primera semana a la sexta, el grupo experimental realizó una rehabilitación cosmética y de la sexta semana a la 12ª un refuerzo. No se hizo nada en el grupo control. Se evaluó la variable imagen corporal con el MBSRQ-AS. Los resultados de las pruebas t encuentran que no hay diferencias significativas entre cada subescala de MBSRQ-AS, tanto para los grupos experimentales como control durante el inicio del estudio, el seguimiento 1, y el seguimiento 2, lo que implica que los sujetos de ambos grupos informaron niveles similares de la imagen corporal en cada dimensión de MBSRQ-AS durante el periodo de investigación. Los resultados de ANOVA repetidas demuestran que la subescala evaluación de la apariencia es la única subescala con cambios significativos durante la investigación. Con el fin de identificar el área específica de cambio, se comparó cada elemento de MBSRQ-AS. Los resultados muestran que existe la diferencia sólo en dos elementos de la subescala de AE y la subescala de BAS (Escala de satisfacción de áreas corporales). En la subescala de EA, prueba de t pareada revela que los sujetos reportaron una puntuación significativamente más alta en "me gusta como soy" en dos evaluaciones de seguimiento que en la evaluación inicial. La puntuación de la partida "la mayoría de la gente piensa que soy guapo" en el seguimiento 1 es significativamente más alta que en la evaluación inicial. En la subescala de BAS, prueba de t pareada muestra que los sujetos muestran puntuaciones más altas en el artículo en "peso corporal" y "cara" en el segundo seguimiento que en las evaluaciones de referencia, lo que indica que los sujetos informan significativamente mayor satisfacción con su peso corporal y la cara en la semana 12 que cuando se inició el programa. Para el grupo de control, la ANOVA repetida encuentra que la subescala de EA es la única con cambios significativos entre las tres evaluaciones. Los resultados de pruebas de la t pareadas muestran que la puntuación en el segundo de seguimiento es significativamente más alta que en la evaluación de la línea de base. Sin embargo, una comparación de todos los artículos en la subescala de EA revela que no existía ninguna diferencia durante el período de

investigación. Todos estos resultados indican que, incluso en ausencia de un programa de rehabilitación cosmético, los sujetos en el grupo de control se sentían más positivos y satisfechos con sus apariciones en la semana 12 que cuando el programa se inició en general.

Otro estudio que demuestra la eficacia de las intervenciones cosméticas en pacientes con cáncer fue el realizado por Quintard y Lakdja (2007) en el que llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue realizar una evaluación prospectiva de los efectos de los tratamientos de belleza en la imagen corporal, los trastornos psicológicos y el afrontamiento en una muestra de 100 mujeres con cáncer de mama post-quirúrgicos después de la mastectomía o tumorectomía. Las pacientes del grupo experimental recibieron tratamientos de belleza en combinación con la atención médica de rutina durante la primera semana posterior a la cirugía, mientras que las del grupo de control recibieron sólo la atención médica rutinaria. La atención médica rutinaria tras la cirugía incluyó diagnóstico post-quirúrgico, una evaluación de los parámetros vitales, la ansiedad y el dolor dos veces al día, un cambio de vendaje cada dos días, la supervisión continua de drenaje, y la información sobre las posibles consecuencias de los procedimientos quirúrgicos. Los tratamientos de belleza se presentaron en el hospital durante la hospitalización por dos especialistas en belleza profesional. Se incluyeron tratamientos no invasivos compatibles con las restricciones médicas, incluyendo manicura, pedicura, maquillaje, depilación, peluquería (un día después de la cirugía), masaje corporal (tres días después de la cirugía) y masaje facial (cinco días después de la cirugía). Las pacientes fueron evaluadas con el cuestionario de imagen corporal (BIC) dos veces durante su hospitalización: el día antes de la cirugía (T0) y seis días después de la cirugía (T1). Una evaluación de seguimiento se realizó tres meses después (T2). La imagen corporal disminuyó significativamente desde el inicio (T0) hasta el T2, sin diferencias significativas entre los grupos. Las puntuaciones del BIC disminuyen de manera significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 2 en el grupo de control, mientras que en el grupo que recibió los tratamientos de belleza, la mayor disminución se produjo entre el inicio (T0) y T1 (seis días después de la operación), seguido de un aumento entre el tiempo 1 y el tiempo 2.

En el grupo control, las puntuaciones medias se mantuvieron sin cambios durante la hospitalización (línea de base al T1), pero habían disminuido significativamente tres meses más tarde (T2). Por el contrario, en el grupo experimental, la imagen corporal empeoró durante la hospitalización, pero mostró una mejoría significativa tres meses más tarde. Estos resultados confirman que todos los pacientes del estudio sufrieron un deterioro real de la imagen corporal y sugieren que el impacto positivo de los tratamientos de belleza fue un proceso gradual, con efectos a largo plazo. Los autores justifican estos resultados alegando que las pacientes habían sufrido varios meses de acontecimientos estresantes, incluyendo el diagnóstico del cáncer y la cirugía, no es sorprendente que los resultados positivos significativos eran observables sólo después de varias semanas de recuperación. No obstante, no queda claro, si los tratamientos de belleza eran responsables de la caída significativa de la puntuación media de la imagen corporal entre el inicio y el T1. Una posible explicación, según los investigadores, es que los pacientes en este grupo se enfrentaron a su apariencia alterada antes que los del grupo control, lo que resulta en un deterioro inmediato de la imagen de sí mismo. En consecuencia, incluso si estas intervenciones, finalmente, promovieran una mejor recuperación de la imagen corporal, su impacto inicial se debe ser controlado cuidadosamente.

El estudio que no dio resultados significativos en la variable imagen corporal fue el llevado a cabo por Park et al. (2015) que consistía en un piloto (trial) de intervención terapéutica prospectivo, abierto, no controlado aleatoriamente. Un total de 31 mujeres con cáncer de mama participaron en el estudio. El grupo experimental participó en el programa 'Haga su vida' en combinación con la atención médica rutinaria (incluyendo la cirugía y/o quimioterapia, radioterapia), y el grupo control recibió la atención médica rutinaria solamente. El programa de educación cosmética, fue impartido en el hospital por dos especialistas en belleza, los cuales introdujeron habilidades útiles en el área cosmética, incluyendo el cuidado de la piel, masaje facial, aplicación de maquillaje, cuidado del cabello para depilación, y las estrategias de apósitos para preservar la apariencia física en el contexto del tratamiento y los cambios relacionados con el tratamiento. Durante la sesión de dos horas, cada mujer

recibió un kit libre de maquillaje y se practican cada una de las técnicas. Los participantes también ensayaron cómo manejar pelucas para la pérdida del cabello. Después de aplicar el maquillaje, los pacientes y los profesionales debatieron y compartieron experiencias relacionadas con cambios en su apariencia a través del programa. Para excluir el efecto potencial de sesgo relacionado con la recepción de este kit, el mismo kit se proporciona con el grupo control. Las pacientes fueron evaluadas tres veces: la evaluación de línea de base (tiempo 0) se llevó a cabo antes del tratamiento y la segunda evaluación se llevó a cabo inmediatamente después de la intervención (T1), y una evaluación de seguimiento se llevó a cabo un mes más tarde (T2). Se realizó la evaluación con el body cathexis Scale (BCS), que consta de 47 ítems con una escala tipo Likert con una puntuación de 1 a 5, pero solo se utilizaron los 10 ítems que abarcan los efectos negativos del cáncer de mama y el malestar en la imagen. Este programa no tuvo efectos significativos sobre la imagen corporal.

Musicoterapia

En este artículo llevado a cabo por Bradt et al. (2011), se evalúan 30 estudios piloto (trials) con un total de 1891 participantes. Se incluyeron las intervenciones de musicoterapia, ofrecidos por musicoterapeutas capacitados, así como escuchar la música pre-grabada, ofrecidos por el personal médico, en pacientes con cáncer. No fue posible establecer conclusiones sobre el efecto de las intervenciones de música en las afecciones de la imagen corporal, ya que no había pruebas suficientes que indagaran en estos aspectos.

Conclusiones

La apariencia física juega un papel relevante en nuestra sociedad, considerado por muchos como un instrumento básico para conseguir el éxito en el ámbito social y laboral (Fernández, 2004).

Se ha observado que ciertos tumores tienen un fuerte impacto en la imagen corporal. Además, el cáncer junto con los tratamientos para el mismo, modifican de forma significativa la apariencia e integridad física de los pacientes, causando problemas a diferentes niveles (Annunziata et al., 2011).

En esta revisión de la investigación acerca de la imagen corporal y el cáncer, al igual que la realizada por Fingeret et al. (2014), deja ver que los problemas de imagen corporal afectan a una amplia gama de pacientes con cáncer y tienen un impacto adverso en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial.

Han sido 20 los artículos analizados en este estudio acerca de las intervenciones para la mejora de la imagen corporal en pacientes con cáncer. Hemos plasmado las siguientes conclusiones, en base a lo encontrado tanto en la literatura de los últimos 10 años como en el contenido de los artículos de revisión:

1. Son escasos los estudios sobre intervenciones psicológicas para la mejora de la imagen corporal en pacientes con cáncer y pocos los estudios con resultados significativos en la variable imagen corporal.
2. Los estudios que muestran resultados significativos en la imagen corporal no intervienen de forma específica en la imagen corporal, sino que forma parte de un bloque de la intervención global que pretende intervenir en otras muchas variables
3. Solo un artículo (Huang y Liu, 2008) de los 20 incluidos en esta revisión, trabajan con una muestra de pacientes con cáncer que no es cáncer de mama.

4. Finalmente, la mayor parte de las intervenciones que proponen mejorar la imagen corporal, no se respaldan en una perspectiva psicológica basada en la evidencia, sino más bien en intervenciones alternativas.

En respuesta a las preguntas de investigación planteadas en un principio, podemos afirmar que existen estudios con modelos estructurados con la finalidad de mejorar la imagen corporal, junto con otras variables. No obstante, hemos de añadir, que no existe ningún modelo que base su intervención exclusivamente en la imagen corporal, siendo esta, una variable más que el modelo presentado pretende mejorar. Algunos estudios dedican unas sesiones específicas a tratar el tema de la imagen corporal mientras que otros pretenden comprobar si su intervención, de carácter general, y con eso nos referimos a que no dedican intervenciones dirigidas a la imagen corporal, afecta indirectamente de forma positiva a esta variable.

En relación a si encontramos resultados significativos, sí hemos encontrado intervenciones que muestran cambios significativos en la variable corporal.

Hemos podido observar, que las intervenciones propuestas por los autores en estos últimos 10 años, son de enfoque psicosocial, psicosexual, y terapias alternativas o complementarias, junto con planes estructurados de ejercicios físicos, que a pesar de no ser una intervención psicológica, parece obtener resultados beneficiosos en las variables psicológicas que miden, incluyendo la imagen corporal. Mientras que, los estudios con perspectivas cognitivo-conductuales, no solo son pocas las intervenciones encontradas que empleen este enfoque sino que, los resultados para la imagen corporal no muestran ser significativos.

Todas las intervenciones han considerado el tipo de cáncer de la muestra con la que tratan, adaptándolo a las carencias y necesidades que esos determinados pacientes experimentan. No obstante, nuestra visión puede verse sesgada, ya que salvo un artículo que interviene con pacientes de cáncer de cara y cuello (Huang y Liu, 2008) el resto trabaja con una muestra de cáncer de mama, de modo que no hemos podido ver una gran variedad de intervenciones específicas para los distintos tipos de cáncer

como nos hubiera gustado, a pesar de que la literatura ha demostrado que son varios los tipos de cáncer, no solo el de mama y el de cara y cuello, en los que la imagen corporal se ve alterada. No obstante, bien sea por la alta prevalencia del cáncer de mama y las connotaciones sexuales y sociales que tiene el pecho para una mujer, y el cáncer de cara y cuello que, pese a no ser tan frecuente, la zona del rostro es reflejo de la identidad propia, por no hablar de su difícil disimulo.

Como líneas futuras de investigación, consideramos la necesidad de crear un modelo de intervención psicológico basado en la evidencia para mejorar la imagen corporal en pacientes con cáncer (específico para un tipo de cáncer, en base a su necesidad).

BIBLIOGRAFÍA:

- Anastasia, P. J. (1998). Altered sexuality. *Psychosocial Nursing Care along the Cancer Continuum*. Pittsburgh: Oncology Nursing Press Inc, 227-40.
- Annunziata, M. A., Giovannini, L., & Muzzatti, B. (2011). Assessing the body image: relevance, application and instruments for oncological settings. *Supportive Care in Cancer*, 20(5), 901–907. doi:10.1007/s00520-011-1339-x
- Avis, N., Crawford, S., Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.
- Batchelor, D. (2001). Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care—a literature study. *European journal of cancer care*, 10(3), 147-163.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., Wiesenthal, N., Aldridge, W., Fredman, S. J., Stanton, S. E., Scott, J. L., Halford, K. W., & Keefe, F. J. (2008). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(3), 276-283.
- Baxley, O. K., Kendrick, E. L., & Brown, H. E. (1984). Alopecia: Effect on cancer patients' body image. *Cancer nursing*, 7(6), 499-513.
- Bekkers, M. J. T. M., Van Knippenberg, F. C. E., Van Dulmen, A. M., Van Den Borne, H. W., & van Berge Henegouwen, G. P. (1997). Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection: a 4-year follow-up. *Journal of psychosomatic research*, 42(3), 235-244.
- Betensky, M. (1995). What do you see. *Phenomenology of therapeutic art expression*. London: Jessica Kingsley.
- Blichert-Toft, M. (1992). Breast-conserving Therapy for Mammary Carcinoma Psychosocial Aspects, Indications and Limitations. *Annals of medicine*, 24(6), 445-451..
- Boehmke, M. M., & Dickerson, S. S. (2005). Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities. *Cancer nursing*, 28(5), 382-389.
- Boquiren, V. M., Esplen, M. J., Wong, J., Toner, B., & Warner, E. (2013). Exploring the influence of gender-role socialization and objectified body consciousness on body image disturbance in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2177-2185.
- Bullen, T. L., Sharpe, L., Lawsin, C., Patel, D. C., Clarke, S., & Bokey, L. (2012). Body image as a predictor of psychopathology in surgical patients with colorectal disease. *Journal of psychosomatic research*, 73(6), 459-463.

- Butler, L., Banfield, V., Sveinson, T., Allen, K., Downe-Wamboldt, B., & Alteneider, R. R. (1998). Conceptualizing sexual health in cancer care. *Western Journal of Nursing Research, 20*(6), 683-705.
- Caldwell-Sacerdoti, R. C., Laganà, L., & Koopman, C. (2010). Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: How can psychologists help?. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*(6), 533.
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Price, A., Noriega, V., Harris, S., Derhagopian, R.P., Robinson, D. S., Moffatt, F. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic medicine, 60*(2), 168-174.
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., & Hrabosky, J. I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders, 35*(3), 305-316.
- Cash TF, Pruzinsky T, (Eds.).(2002) *Body Image: A Handbook*. New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford Press.
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body image, 1*(1), 1-5.
- Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice, 38-46*..
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.) (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.
- Chen, A. M., Daly, M. E., Farwell, D. G., Vazquez, E., Courquin, J., Lau, D. H., & Purdy, J. A. (2014). Quality of life among long-term survivors of head and neck cancer treated by intensity-modulated radiotherapy. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 140*(2), 129-133.
- Clarke, S. A., Newell, R., Thompson, A., Harcourt, D., & Lindenmeyer, A. (2014). Appearance concerns and psychosocial adjustment following head and neck cancer: A cross-sectional study and nine-month follow-up. *Psychology, health & medicine, 19*(5), 505-518.
- Cohen, M., Mabjish, A. A., & Zidan, J. (2011). Comparison of Arab breast cancer survivors and healthy controls for spousal relationship, body image, and emotional distress. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 20*(2), 191–8. doi:10.1007/s11136-010-9747-9

- Cotrim, H., & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 217–226. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.11.005>
- Dahl, A. A., Bremnes, R., Dahl, O., Klepp, O., Wist, E., & Fosså, S. D. (2007). Is the sexual function compromised in long-term testicular cancer survivors?. *European urology*, 52(5), 1438-1447.
- DeFrank, J. T., Mehta, C. C. B., Stein, K. D., & Baker, F. (2007, May). Body image dissatisfaction in cancer survivors. In *Oncology nursing forum* (Vol. 34, No. 3, p. 625). ONCOLOGY NURSING SOCIETY.
- Denmark-Wahnefried, W., Peterson, B. L., Winer, E. P., Marks, L., Aziz, N., Marcom, P. K., et al. (2001). Changes in weight, body composition, and factors influencing energy balance among premenopausal breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 19(9), 2381 – 2389.
- Dileo, C., Bradt, J., Grocke, D., & Magill, L. (2008). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *The Cochrane Library*.
- Duijts, S. F. A., van Beurden, M., Oldenburg, H.S.A., Hunter, M.S., Kieffer, J.M., Stuver, M.M., Gerritsma, M.A., Menke-Pluymers, M.B.E., Plaisier, P.W., Rijna, H., Lopes Cardozo, A.M.F., Timmers, G., van der Meij, S., van der Veen, H., Bijker, N., de Widt-Levert, L.M., Geenen, M.M., Heuff, H., van Dulken, E.J., Boven, E. & Aaronson, N.K. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 30(33), 4124–33. doi:10.1200/JCO.2012.41.8525
- Eberhard, J., Ståhl, O., Cohn-Cedermark, G., Cavallin-Ståhl, E., Giwercman, Y., Rylander, L., & Giwercman, A. (2009). Sexual function in men treated for testicular cancer. *The journal of sexual medicine*, 6(7), 1979-1989.
- Fadaei, S., Janighorban, M., Mehrabi, T., Ahmadi, S. A., Mokaryan, F., & Gukizade, A. (2011). Effects of cognitive behavioral counseling on body Image following mastectomy. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16(8).
- Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2), 169 – 180.
- Fingeret, M. C., Hutcheson, K. A., Jensen, K., Yuan, Y., Urbauer, D., & Lewin, J. S. (2013). Associations among speech, eating, and body image concerns for surgical patients with head and neck cancer. *Head & neck*, 35(3), 354-360.

- Fingeret, M. C., Vidrine, D. J., Reece, G. P., Gillenwater, A. M., & Gritz, E. R. (2010). Multidimensional analysis of body image concerns among newly diagnosed patients with oral cavity cancer. *Head & neck, 32*(3), 301-309.
- Fingeret, M. C., Yuan, Y., Urbauer, D., Weston, J., Nipomnick, S., & Weber, R. (2012). The nature and extent of body image concerns among surgically treated patients with head and neck cancer. *Psycho-Oncology, 21*(8), 836-844.
- Fingeret, M. C., Nipomnick, S. W., Crosby, M. A., & Reece, G. P. (2013). Developing a theoretical framework to illustrate associations among patient satisfaction, body image and quality of life for women undergoing breast reconstruction. *Cancer treatment reviews, 39*(6), 673-681.
- Fingeret, M. C. (2010). Body image and disfigurement. In *MD Anderson manual of psychosocial oncology* (pp. 271-288). McGraw Hill, New York.
- Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer, 120*(5), 633-641.
- Fingeret, M. C., Teo, I., & Goettsch, K. (2015). Body image: a critical psychosocial issue for patients with head and neck cancer. *Current oncology reports, 17*(1), 1-6.
- Fingeret, M. C., Yuan, Y., Urbauer, D., Weston, J., Nipomnick, S., & Weber, R. (2012). The nature and extent of body image concerns among surgically treated patients with head and neck cancer. *Psycho-Oncology, 21*(8), 836-844.
- Finney, K. (1992). Commentary on effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: A prospective study of the first year postsurgery. *ONS Nursing Scan in Oncology, 1*, 14-15.
- Fisher, E. (1986). *Development & structure of the body image*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 3–20). New York: Guilford Press.
- Fobair, P., Koopman, C., Dimiceli, S., O'Hanlan, O., Butler, L. D., Classen, C., Drooker, N., Davids, H.R., Loulan, J., Wallsten, D., & Spiegel, D. (2002). Psychosocial intervention for lesbians with primary breast cancer. *Psycho-Oncology, 11*(5), 427-438.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*(7), 579-594.
- Freedman, T. G. (1994). Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer nursing, 17*(4), 334-341.

- Freitas, B. A. (1998). Coping: Altered body image and alopecia. *Core Curriculum for Oncology, Nursing*, 54-59.
- Ganz, P., Desmond, K., Belin, T., Meyerowitz, B. & Rowland, J. (1999). Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 17(8), 2371-2380.
- Goldov, N. B. (2011). *The Effects of Individualized Brief Medical Dance/Movement Therapy on Body Image in Women With Breast Cancer* (Doctoral dissertation, ARGOSY UNIVERSITY/SEATTLE).
- Gómez, P. M. (2013). Insatisfacción con la imagen corporal y malestar emocional: un estudio de mediación múltiple (tesis de maestría). Universidad Computense de Madrid: España.
- Goodwin, P. J., Ennis, M., Pritchard, K.L., McCreedy, D., Koo, J., Sidlofsky, S., et al. (1999). Adjuvant treatment and onset of menopause predict weight gain after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 120-120.
- Grogan S. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children*. New York: Routledge, 2008.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo: Neurobiología y psicología de la corporalidad*. Paidós: Barcelona.
- Harrington, J. M., Jones, E. G., & Badger, T. (2009). Body image perceptions in men with prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), 167–72. <http://doi.org/10.1188/09.ONF.167-172>
- Harris, R., Good, R. S., & Pollack, L. (1982). Sexual behavior of gynecologic cancer patients. *Archives of sexual behavior*, 11(6), 503-510.
- Held, J.L., Osborne, D.M., Volpe, H., & Waldman, A.R. (1994). Cancer of the prostate: Treatment and nursing implications. *Oncology Nursing Forum*, 21(9), 1517–1529.
- Helms, R. L., O’Hea, E. L., & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health & Medicine*, 13(3), 313–325. doi:10.1080/13548500701405509
- Higano, C. S. (2003). Side effects of androgen deprivation therapy: monitoring and minimizing toxicity. *Urology*, 61(2), 32-38.
- Higgins, E. T., Horwitz, E. K., Horwitz, M. B., Cope, J., Horwitz, E. K., Horwitz, M. B., & Cope, J. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>

- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(2), 189-197.
- Hopwood, P. (1993). The assessment of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 29(2), 276-281.
- Huang, S., & Liu, H. E. (2008). Effectiveness of cosmetic rehabilitation on the body image of oral cancer patients in Taiwan. *Supportive Care in Cancer*, 16(9), 981-986.
- Hunter, M. S., & Liao, K. (1996). Evaluation of a four-session cognitive-behavioural intervention for menopausal hot flushes. *British Journal of Health Psychology*, 1(2), 113-125.
- Hunter, M. S., Grunfeld, E. A., Mittal, S., Sikka, P., Ramirez, A. J., Fentiman, I., & Hamed, H. (2004). Menopausal symptoms in women with breast cancer: prevalence and treatment preferences. *Psycho-Oncology*, 13(11), 769-778.
- Instituto Nacional del Cáncer (2015). Tipos de tratamiento. EE.UU. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Murray, T., & Thun, M. J. (2008). Cancer statistics, 2008. *CA: a cancer journal for clinicians*, 58(2), 71-96.
- Juárez-García, D. M. & Landero-Hernández, R. (2012). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova scientia*, 4(7), 17-34.
- Jun, E. Y., Kim, S., Chang, S. B., Oh, K., Kang, H. S., & Kang, S. S. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 34(2), 142-149.
- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., & Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psycho-Oncology*, 12(3), 267-279.
- Kalaitzi, C., Papadopoulos, V. P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P., & Filippou, D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: Effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *Journal of surgical oncology*, 96(3), 235-240.
- Kaplan, H. S. (1974). The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel. *Human Sexual Inadequacy*.
- Katz, M. R., Rodin, G., & Devins, G. M. (1995). Self-esteem and cancer: theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*.

- Khan, M. A., Sehgal, A., Mitra, B., Agarwal, P. N., Lal, P., & Malik, V. K. (2000). Psychobehavioral impact of mastectomy. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 26(1–2), 65–71.
- Kieren, D. K., Nabholtz, J. M., Makar, K., Cumming, C. E., Lees, A. W., Hundleby, et al. (1997). Sexuality, body image and quality of life after high dose or conventional chemotherapy for metastatic breast cancer. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6(1), 1.
- Kirkpatrick, J. R. (1980). The stoma patient and his return to society. In *Body-Image, Self-Esteem, and Sexuality in Cancer Patients* (pp. 20-25). Karger Publishers.
- Krueger, D. W. (2004). Psychodynamic perspectives on body image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 30–37). New York, NY: The Guilford Press.
- Laganà, L., Classen, C., Caldwell, R., McGarvey, E. L., Baum, L. D., Cheasty, E., & Koopman, C. (2005). Sexual Difficulties of Patients With Gynecological Cancer. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 391.
- Lantheaume, S., Fernandez, L., Lantheaume, S., Bosset, M., Pagès, A., & Blois-Da Conceição, S. (2016, June). Cancer du sein, image du corps et Psychothérapie par Médiation Photographique (PMP). In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 174, No. 5, pp. 366-373). Elsevier Masson.
- Lebed, S. (2002). Thriving after breast cancer: Essential healing exercise for body and mind.
- Lebel, S., Castonguay, M., Mackness, G., Irish, J., Bezjak, A., & Devins, G. M. (2013). The psychosocial impact of stigma in people with head and neck or lung cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 140-152.
- Lepore, S.J., Helgeson, V.S., Eton, D.T., & Schulz, R. (2003). Improving quality of life in men with prostate cancer: A randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychology*, 22(5), 443–452.
- MedlinePlus (2015). Temas de salud: Estomas. EE.UU. Recuperado de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ostomy.html>
- Mehnert, A., Veers, S., Howaldt, D., Braumann, K. M., Koch, U., & Schulz, K. H. (2011). Effects of a physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image, and health-related quality of life among breast cancer patients. *Oncology Research and Treatment*, 34(5), 248-253.
- Merriam-Webster (2013) Body image. <http://www.merriam-webster.com/medical/bodyimage>. Accessed 4 Nov 2013

- Miller, S. J., Schnur, J. B., Weinberger-Litman, S. L., & Montgomery, G. H. (2014). The relationship between body image, age, and distress in women facing breast cancer surgery. *Palliative and supportive care, 12*(05), 363-367.
- Mock, V. (1993). Body image in women treated for breast cancer. *Nursing Research, 42*(3), 153–157.
- Mora M, Raich RM.(2010).Autoestima. Madrid: Síntesis.
- Moreira, H., &Canavarro, M. C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease.*European Journal of Oncology Nursing, 14*(4), 263-270.
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010).Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America,33*(3), 611-627.
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R., & García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología, 5*(1), 93–102.
- Nugent, K.P., Daniels, P., Stewart, B., Patankar, R., Johnson, C.D., 1999. Quality of life in stoma patients. *Disease Colon Rectum 42* (12), 1569–1574.
- O'Connor, K.M., & Fitzpatrick, J.M. (2006). Side effects of treatments for locally advanced prostate cancer. *BJU International, 97*(1), 22–28.
- Ofman, U. S. (1995). Preservation of function in genitourinary cancers: psychosexual and psychosocial issues. *Cancer investigation, 13*(1), 125-131.
- Park, H. Y., Kim, J. H., Choi, S., Kang, E., Oh, S., Kim, J. Y., & Kim, S. W. (2015). Psychological effects of a cosmetic education programme in patients with breast cancer. *European journal of cancer care, 24*(4), 493-502.
- Piwonka, A. M., & Merino, J. M. (1999).A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 26*(6), 298-305.
- Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of advanced nursing,15*(5), 585-593.
- Pruzinsky, T., & Cash, T. F. (Eds.). (2002). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press.

- Pruzinsky T, Cash TF (2002) Understanding body images: historical and contemporary perspectives. In: Cash TF, Pruzinsky T (eds) *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford, New York, pp 3–12
- Pruzinsky, T. (2004). Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image, 1*(1), 71-81.
- Pruzinsky, T. (1996). Social and psychological effects of facial disfigurement: Quality of life, body image and surgical reconstruction. *Basal and squamous cell carcinomas skin cancers of the head and neck*. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins, 357-362..
- Quintard, B., & Lakdja, F. (2008). Assessing the effect of beauty treatments on psychological distress, body image, and coping: a longitudinal study of patients undergoing surgical procedures for breast cancer. *Psycho-Oncology, 17*(10), 1032-1038.
- Raich R. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide; 2000.
- Raich, R. M. (2010). Teorías y modelos del trastorno de la imagen corporal. En R. M. Raich (Ed.), *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo* (pp. 82-93). Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., Torras, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología conductual 1* (5), 55-70.
- Rhoten, B. A., Murphy, B., & Ridner, S. H. (2013). Body image in patients with head and neck cancer: a review of the literature. *Oral oncology, 49*(8), 753-760.
- Rock, C. L., Flatt, S. W., Newman, V., & Cann, B. J. (1999). Factors associated with weight gain in women after diagnosis of breast cancer. American Dietetic Association. *Journal of the American Dietetic Association, 99*(10), 1212 – 1218.
- Rodríguez, J. F. y Senín, M. C. (2013). Antecedentes. En J. F. Rodríguez (Ed.), *Alteraciones de la imagen corporal* (pp. 23-25). Madrid: Síntesis, S. A.
- Rossen, P., Pedersen, A. F., Zachariae, R., & Von Der Maase, H. (2012). Sexuality and body image in long-term survivors of testicular cancer. *European Journal of Cancer, 48*(4), 571–578. <http://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.11.029>
- Sandel, S. L., Judge, J. O., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R., & Majczak, M. (2005). Dance and Movement Program Improves Quality-of-Life Measures in Breast Cancer Survivors. *Cancer nursing, 28*(4), 301-309.

- Schilder P. (1989). *Image and appearance of the human body*. Ed. Paidós: México
- Schilder, P. (1950). The image and appearance of the human body. *Psyche Monographs*, (4).
- Sebastián, J., & Valentin, V. (2003). Repercusiones psicosociales de los tratamientos oncológicos. *Oncología y Atención Primaria*. Madrid: Novartis.
- Sebastián, J., Bueno, M. J., & Mateos, N. (2002). Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y salud*, 18(2), 137-161.
- Sharpe, L., Patel, D., & Clarke, S. (2011). The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of psychosomatic research*, 70(5), 395-402.
- Shontz, F. C. (1969). *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. Academic Press.
- Shontz, F. C. (1990). Body image and physical disability. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 149–169). New York: Guilford Press.
- Sisk, R., 2000. Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies* 37, 37–43.
- Slade, P. D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*.
- Sociedad Española de Oncología Médica (2016). Prevención. Madrid, España. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/prevencion-cancer>
- Speck, R. M., Gross, C. R., Hormes, J. M., Ahmed, R. L., Lytle, L. A., Hwang, W. T., & Schmitz, K. H. (2010). Changes in the body image and relationship scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema. *Breast Cancer Research and Treatment*, 121(2), 421–430. doi:10.1007/s10549-009-0550-7
- Stokes, R., & Frederick-Recascino, C. (2003). Women's perceived body image: relations with personal happiness. *Journal of Women & Aging*, 15(1), 17-29.
- Svensk, A.-C., Öster, I., Thyme, K. E., Magnusson, E., Sjödin, M., Eisemann, M., Astrom, S. & Lindh, J. (2009). Art therapy improves experienced quality of life among

women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. *European Journal of Cancer Care*, 18(1), 69–77. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.00952.x

Szezepkowski, M. (2002). Do we still need a permanent colostomy in XXI-st century?. *Actachirurgica iugoslavica*, 49(2), 45-55.

Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association.

Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body image*, 1(1), 29-41.

Unukovych, D., Sandelin, K., Liljegren, A., Arver, B., Wickman, M., Johansson, H., & Brandberg, Y. (2012). Contralateral prophylactic mastectomy in breast cancer patients with a family history: A prospective 2-years follow-up study of health related quality of life, sexuality and body image. *European Journal of Cancer*, 48(17), 3150–3156. doi:10.1016/j.ejca.2012.04.023

Vos, P. J., Visser, A. P., Garssen, B., Duivenvoorden, H. J., & de Haes, H. C. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient education and counseling*, 60(2), 212-219.

Vos, P. J., Visser, A. P., Garssen, B., Duivenvoorden, H. J., & Haes, H. C. D. (2007). Effectiveness of group psychotherapy compared to social support groups in patients with primary, non-metastatic breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 25(4), 37-60.

White, C. A. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-oncology*, 9(3), 183-192.

White, C. A. (2002). Body images in oncology. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, 379-386.

Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchmann, E. G., McKenzie, S. J., & Watkins, P. C. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. Pergamon Press.

Wilmoth, M. C. (2001). The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer nursing*, 24(4), 278-286.

- Wong, J. C., Payne, A. Y., Mah, K., Lebel, S., Lee, R. N., Irish, J. & Devins, G. M. (2013). Negative cancer stereotypes and disease-specific self-concept in head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 22(5), 1055-1063.
- Yurek, D., Farrar, W., & Andersen, B. L. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 697.
- Zhu, J., Xiao, Y., Liu, F., Wang, J., Yang, W., & Xie, W. (2013). Measures of health-related quality of life and socio-cultural aspects in young patients who after mandible primary reconstruction with free fibula flap. *Worldjournal of surgical oncology*, 11(1), 1.