



Adaptación y validación del “test de medición del grado de satisfacción corporal” en mujeres mastectomizadas.

Jessica García Viamontes ^{1*}

Raiza Ruiz Lorente ²

Daisy Hernández Duran ³

Leysi Perea Hevia ⁴

Sandra Aguilar Isla ⁵

^{1*} Hospital Ginecobstétrico Ramón Gonzalez Coro, Habana, Cuba, jessigarcia@infomed.sld.cu, <https://orcid.org/0000-0003-1397-048X>

² Hospital Ginecobstétrico Ramón Gonzalez Coro, Habana, Cuba, raizaruiz@infomed.sld.cu, <https://orcid.org/0000-0001-6672-312X>

³ Hospital Ginecobstétrico Ramón Gonzalez Coro, Habana, Cuba, daisyhd@infomed.sld.cu, <https://orcid.org/0000-0003-4210-8995>

Hospital Ginecobstétrico Ramón Gonzalez Coro, Habana, Cuba, peruizca2014@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1165-5286>

Hospital Ginecobstétrico Ramón Gonzalez Coro, Habana, Cuba, sandraguilar68@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7236-6277>

*Autor para la correspondencia: jessigarcia@infomed.sld.cu

Resumen: Introducción: “El test de medición del grado de satisfacción corporal”, es un instrumento que pretende medir imagen corporal en las mujeres, es útil y sencillo de aplicar, pero en nuestro país no había sido validado. **Objetivos:** Adaptar el test de medición del grado de satisfacción corporal para la población cubana, determinando la fiabilidad y la validez. **Método:** Se realizó un estudio de evaluación tecnológica para validez y fiabilidad que incluyó 50 mujeres mastectomizadas y 50 sin daño físico. Se consultó un grupo de expertos para la adaptación cultural y validación de contenido y se realizó un análisis de consistencia interna y validez de constructo por análisis factorial y la validez discriminante. **Resultados:** La adaptación cultural mediante el estudio y criterio de los expertos, demostró la necesidad de modificar el test, cambiando la palabra pechos por senos, separando el tórax independiente de estos y agregando

pies como otra parte del cuerpo a evaluar. Se consideró que el contenido del cuestionario es válido, que el instrumento es fiable pues posee una consistencia interna aceptable con un alpha de Cronbach de 0.92. Se obtuvo una estructura factorial, conformada por seis dimensiones que dan cuenta de un 72,9% de la varianza que explican una parte importante del constructo. El cuestionario logró discriminar entre pacientes mastectomizadas y mujeres sin daño físico.

Conclusiones: La imagen corporal, puede ser evaluada con la versión cubana del cuestionario “Test de medición del grado de satisfacción corporal” que demostró poseer, según los expertos, validez y ser confiable.

Palabras Claves: satisfacción corporal, consistencia Interna, validez discriminante.

I. INTRODUCCIÓN

Las consecuencias de los tratamientos quirúrgicos con frecuencia alteran el aspecto físico de las personas que tienen la necesidad de someterse a ellos. Las intervenciones provocan en los pacientes desajustes psicológicos y si las primeras afectan a partes externas del cuerpo humano e implican la presencia de marcas permanentes que dañan la imagen corporal del paciente, el fenómeno se hace más complejo. En Cuba, esta situación afecta ya que el cáncer de mama se sitúa como una de las principales causas de incidencia y mortalidad en el sexo femenino. La adaptación psicológica de las mujeres intervenidas mediante mastectomía por esta afección ha sido estudiada por múltiples autores, afirmando así que a intervención quirúrgica como uno de los tratamientos del cáncer de mama, ocasiona a la paciente significativa morbilidad psicológica, sexual y social.

Lo importante no tanto es el cambio objetivo que ha sufrido la paciente, como el significado que le atribuye, lo cual está mediado por las creencias que cada individuo tiene respecto de la propia imagen corporal y de sí mismo (muy influidas por factores sociales, culturales y creencias religiosas) en estrecha relación con sus habilidades de afrontamiento y características de la personalidad.

La definición más clásica de la imagen corporal la realizó Schilder, quien conjuga aspectos neurológicos y psicoanalíticos para referirse al concepto de imagen corporal. Su definición es totalmente válida en la actualidad: “La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo

que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos”. En esta definición queda implícita la idea de que las posibles alteraciones entre la imagen percibida y la real, puedan deberse a variables cognitivas y psicológicas de la persona.^{1, 2}

La imagen corporal ha sido vinculada con distintos aspectos o variables como pueden ser la satisfacción/insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad, aspectos conductuales entre otros, además de los socioculturales y demográficos, dejando entrever lo complejo de la descripción de este constructo⁽¹⁾. Por otro lado, varios autores describen la imagen corporal con carácter subjetivo como la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico. También tiene que ver con los sentimientos y emociones que experimenta respecto a cómo percibe su físico, cómo se siente con su cuerpo y dentro de su propio cuerpo.^{3, 4,5}

Una de las situaciones más contradictorias en la investigación relativa a la imagen corporal se refiere a la evaluación. Actualmente los trabajos publicados utilizan instrumentos distintos, por lo que la generalización de los resultados puede verse comprometida porque la interpretación de la imagen corporal coincide en parte con la sexualidad y con el concepto más amplio de la autoimagen o auto concepto.⁶

Existen múltiples instrumentos de imagen corporal que han sido validados y utilizados en mujeres con cáncer de mama. Esto responde a la necesidad de evaluar el daño estético que la enfermedad y los tratamientos producen en las mujeres. La efectiva evaluación de la imagen corporal de estas pacientes permitirá aportar nuevos conocimientos y la clarificación de expectativas en busca de perfeccionar la calidad del trabajo asistencial que se brinda, haciéndolo de un modo más directo y centrado, donde la percepción del cuerpo en su totalidad y el buen estado de salud emerja como herramienta principal.⁷

Se realiza la investigación “test de medición del grado de satisfacción corporal” con el objetivo de validar y disponer de un instrumento capaz de evaluar psicológicamente a las féminas con cáncer de mama y afectaciones de la imagen corporal.

II. MÉTODO

Estudio de evaluación tecnológica para la identificación de las propiedades psicométricas de un cuestionario, siendo este la unidad de estudio y no los sujetos.

A. Universo y Muestra

El estudio se realizó con una muestra de 50 mujeres mastectomizadas y 50 mujeres sin daños estéticos, a partir de 18 años de edad. Para realizar el análisis correspondiente a la validez discriminante del test, se establecieron comparaciones entre ambos grupos con los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres mastectomizadas mayores de 18 años diagnosticadas con cáncer de mama y post tratamiento oncoespecífico. Atendidas en el período enero del 2016 a julio 2017 en el hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro”. La Habana, Cuba.
- Mujeres sin daño físico mayores de 18 años sin daños estéticos visibles, familiares o acompañantes de las pacientes atendidas en consulta de seguimiento.
- Serán excluidas las pacientes con prótesis de mama o con reconstrucción mamaria.

B. Definición de las variables

- Satisfacción corporal: Grado en que las personas están conformes con su físico.
- Imagen corporal: La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente. Incluye:
 - Componentes perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes.
 - Componentes cognitivos-afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones con relación al propio cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él.
 - Componentes conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo.

C. Técnicas. Descripción del instrumento a validar

- El instrumento a validar fue el test de medición del grado de satisfacción corporal diseñado por García-Tornel y Gaspa en 1997 y adaptado por Raich en 2001, en el mismo la paciente puede autoevaluar las diferentes partes de su cuerpo y su aspecto físico general, según un dibujo del cuerpo humano, califica cada parte de su cuerpo de 0 al 10.^{8, 9} El tiempo de administración de la escala oscila entre 15 y 20 minutos.

- Se compone de 40 ítems agrupados en 6 escalas: Valoración de la percepción de la propia imagen corporal, reocupación por la imagen corporal, grado de satisfacción con la talla y el peso, valoración del propio aspecto físico y de otras personas sobre el propio aspecto físico además del grado de satisfacción.
- Estos aspectos se agrupan en dos dimensiones. La parte inicial pertenece a la dimensión imagen corporal, mientras la segunda parte pertenecen a la dimensión satisfacción con la imagen corporal.

D. Procedimiento

Para la validación de este instrumento se realizó una revisión bibliográfica estableciendo las dimensiones que permiten medir el fenómeno objeto de estudio. La adaptación cultural se realizó a punto de partida del análisis realizado por 2 grupos, en un primer momento se envió el cuestionario a los 9 expertos, constituidos por 5 oncólogos, 1 psicóloga, 1 bioestadístico y 2 cirujanos, pertenecientes al Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, los que enviaron sus correcciones según los criterios de Moriyama.^{10,11} Posteriormente se aplicó el instrumento modificado por los expertos a una población de 30 pacientes mastectomizadas, en seguimiento desde junio del 2016, en el hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro”, que cumplieran con los criterios de inclusión, y a un grupo de 7 profesionales constituidos por 2 oncólogos, 1 bioestadístico, 2 enfermeros y 2 psicólogas.

En un segundo momento, se reenvió a los expertos el cuestionario con todas las correcciones realizadas. El instrumento resultante de este proceso es el que se aplicó en la presente investigación para recoger sus criterios evaluativos del test adaptado y validado.

La validez de constructo se exploró a través de:

- Dimensionalidad del cuestionario: se empleó el análisis factorial, como las variables serán medidas numérica y el método de extracción, sus componentes principales fueron el método de rotación Varimax y el método de Keiser, que establece como factor retenidos aquellos con valores propios mayores que 1.^{12,13}
- Validez discriminante: Se establecieron comparaciones entre las mujeres mastectomizadas y aquellas sin daño físico para lo cual se emplearon las pruebas estadísticas t-student, Ji cuadrado, Anova de II vías y Ji cuadrado de Mantel y Haenszel. Se controló el efecto de

variables como la edad y el color de la piel por no encontrarse los grupos emparejados en relación a estas características. En todos los análisis se fijaron un nivel de confianza del 95 %.¹⁴

E. Análisis estadístico

Para procesar los datos se utilizaron los programas estadísticos SPSS y Epidat 4.2. La adaptación y validación de contenido del cuestionario se emplearon frecuencias absolutas y relativas según las categorías de los criterios Moriyama. Se asumió como aceptable un porcentaje de acuerdo superior al 80% en la categoría mucho. El estudio de fiabilidad del test en virtud de su consistencia interna se calculó el coeficiente alfa de Cron Bach, asumiéndose valores aceptables entre 0.70 y 0.90.

III. RESULTADOS

A. Análisis sociodemográfico de la muestra

En el análisis de las propiedades métricas del instrumento basadas en criterios de validez de constructo, se hace necesario datos demográficos de la muestra de estudio para poder dar respuesta a la validez discriminante, conociendo así si los grupos son homogéneos y por tanto comparables.

Se encontró que existen porcentajes superiores de mujeres blancas en un 62% y mestizas en un 24%, entre las mujeres sin daño físico, mientras que en el grupo de las enfermas predominan las féminas de piel negra en un 42%. Estas diferencias resultaron significativas ($p=0.007$), en este grupo la proporción de mujeres mayores de 60 años edad es superior que en sus homólogas sin daño estético (40.0 versus 4.0 %) y el porcentaje de mujeres 18 y 35 años es mayor que en el grupo de las pacientes sin daño físico (36.0 versus 4.0 %). Estas diferencias resultaron significativas ($p=0.000$).

El análisis estadístico reveló que los grupos son homogéneos en relación con el vínculo laboral, la escolaridad y el estado conyugal, dado que no se evidenciaron diferencias significativas ($p>0.05$) entre las pacientes mastectomizadas y las mujeres sin daños estéticos.

El cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente en los países occidentales ¹⁵ con cerca del 25% de nuevos casos por año de cáncer en el sexo femenino^{16, 17} es mayor la incidencia entre los 60-69 años con una tasa aproximada de 320 casos por cada 100.000

anualmente, aunque un porcentaje no despreciable (7%) se da en mujeres por debajo de 40 años.¹⁶

Tabla 1. Distribución de las mujeres estudiadas según edad y sexo

Variables		Mujeres sin daño físico		Mujeres mastectomizadas		Sig.
		No.	%	No.	%	
Edad	18-35	18	36.0	2	4.0	0.000 ^a
	36-60	30	60.0	28	56.0	
	< 60	2	4.0	20	40.0	
Escolaridad	Secundaria	4	8.0	4	8.0	0.862 ^a
	Bachiller/Técnico medio	32	64.0	31	62.0	
	Universitario	14	28.0	15	30.0	
	Sin vínculo	17	34.0	23	46.0	
Vínculo laboral	Trabajadora estatal	29	58.0	25	50.0	0.175 ^a
	Cuentapropista	4	8.0	2	4.0	
	Blanca	31	62.0	20	40.0	
Color de la piel	Mestiza	12	24.0	9	18.0	0.007 ^b
	Negra	7	14.0	21	42.0	
	Con pareja	32	64.0	23	46.0	
Estado civil	Sin pareja	18	36.0	27	54.0	0.108 ^c
	Total	50	100	50	100	

^aX² tendencia lineal ^b Prueba de homogeneidad (X²) ^cX² con corrección de Yates

B. Análisis de evaluación de criterios de expertos

En la adaptación cultural del instrumento, tanto los profesionales como la población estudiada estuvieron de acuerdo en un 100% en la modificación lingüística de la palabra pechos por senos ya que la población cubana considera el pecho y el tórax con significados diferentes a los que refiere el test inicial. Con respecto a separar el tórax como independiente de senos y agregar pies como otra de las partes del cuerpo a evaluar fueron sugerencias realizadas tanto por los pacientes como por los profesionales que estuvieron de acuerdo en más de un 50% para ambos señalamientos. (Tabla 2)

Tabla 2. Porcentaje de profesionales y pacientes que identificaron elementos susceptibles de modificación en los

Ítems		
Adaptación Cultural	Pacientes	Profesionales
Modificar la palabra pechos por senos	100%	100%
Separar el tórax como independiente de senos	63%	71%
Agregar pies como otra de las partes del cuerpo a evaluar	50%	57%

*Fuente: Estudio piloto

Después de concluir el pilotaje se le re-envió el instrumento a los expertos con todas las correcciones realizadas, para que emitieran sus valoraciones finales y estuvieron de acuerdo en 100% con todos los ítems corregidos.

En cuanto a la adaptación cultural del instrumento utilizado en la investigación, se mantuvo la estructura de la versión española, adaptada y validada según los criterios de calidad en cuanto a sus propiedades psicométricas respecto a la versión original. Conviene recordar que aun cuando se trate de la misma lengua (en este caso el castellano) las diferencias culturales y las costumbres en la utilización de determinados términos, pueden traer consigo diferentes significados o diferentes connotaciones o matices a algunas palabras.

C. Análisis de la fiabilidad

Se evaluó la consistencia interna del cuestionario considerándose los ítems que evaluaban la valoración de cada una de las partes del cuerpo. Considerando los datos de la muestra de mujeres sin daño físico el análisis reveló un coeficiente de Cron Bach global aceptable: 0.78 mientras que en el grupo de pacientes este estadígrafo fue superior: 0.92. Un análisis pormenorizado de los ítems revela que la eliminación de los reactivos abdomen ($\alpha_C=0.79$) y piel ($\alpha_C=0.79$) incrementa el alpha de Cron Bach en la muestra de mujeres sin daño físico, mientras que en el grupo de mujeres mastectomizadas los ítems cuya eliminación incrementaría este coeficiente son: cabello ($\alpha_C=0.93$) y senos ($\alpha_C=0.93$). Sin embargo, en ambos casos, los cambios que experimentaría el coeficiente son discretos, por ello, se considera que pueden permanecer formando parte del cuestionario que conservaría entonces su estructura original.

En la literatura científica no existe un criterio real consensuado sobre el óptimo índice del alpha de Cron Bach, siendo este asunto muy controvertido. Sin embargo, muchos autores concuerdan al estimar valores mayores o iguales a 0.70 como aceptables.²³ En estudios de adaptación cultural también refieren que valores alfa superiores a 0.70 son suficientes para garantizar la consistencia interna de la escala^{19, 22}. Un coeficiente de fiabilidad alto es claramente deseable cuando las diferencias entre los sujetos son legítimas y esperadas.²⁵

D. Análisis factorial

Las pruebas Medida de adecuación muestral ($KMO=0.790$) y de esfericidad de Bartlett ($p=0.000$) revelan que existen correlaciones significativas entre los ítems, por lo que el análisis factorial es un proceder pertinente en este caso. (Figura 1).

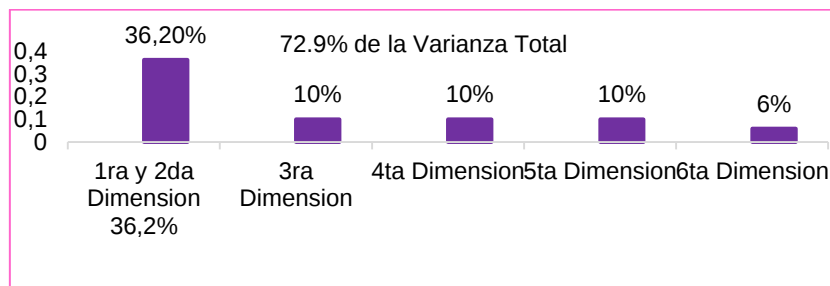


Figura 1: Porcentaje de la varianza total explicado por cada uno de los principales 6 componentes.

El análisis evidencia la existencia de una estructura factorial conformada por seis dimensiones que explican el 72.9 % de la varianza de los datos originales. Los componentes 1 y 2 logran explicar el 36.2 % de la varianza total, los factores 3,4 y 5 explican cada uno de ellos aproximadamente el 10 % de la variación que exhibe el constructo, mientras que el último factor solo alcanza a explicar el 6 % de la varianza. A partir de las cargas factoriales de cada ítem se procedió a la ubicación de ellos en alguna de las dimensiones mediante el análisis de los componentes principales y por el método de rotación (Normalización Varimax con Kaiser) ha convergido en 7 iteraciones.

Tras sucesivos análisis porque la prueba medida de adecuación muestral, así como la de esfericidad de Bartlett, revelan que existen correlaciones significativas entre los ítems. El análisis factorial se pudo realizar, la elección se produce entre un modelo trifactorial (que explica un 52.2% de la varianza) y un modelo bifactorial (que explica un 44.7% de la varianza), finalmente se seleccionó el modelo bifactorial, basado no solo en criterios estadísticos, sino que se fundamenta también en consideraciones teóricas sobre el impacto diferencial de las distintas partes del cuerpo²⁶.

Existen diversos criterios para realizar el análisis factorial, todos igualmente válidos para explicar la diferencia en la estructura de la dimensionalidad de los instrumentos de medida. Por ejemplo, cuando se utiliza un coeficiente de fiabilidad de un test en el marco clásico, como el coeficiente alfa de Cronbach, se está presuponiendo que ese test mide con una fiabilidad determinada a todas las personas evaluadas con el test, cuando tenemos evidencia empírica más que

suficiente de que los test no miden con la misma precisión a todas las personas, dependiendo dicha precisión, en gran medida, del nivel de la persona en la variable medida.²⁷

E. Estudio de la validez discriminante

Para identificar los ítems que mejor discriminaban entre las mujeres sin daño físico y las pacientes mastectomizadas que participaron en el estudio, se establecieron comparaciones entre las valoraciones promedio de cada grupo. (Figura 2).

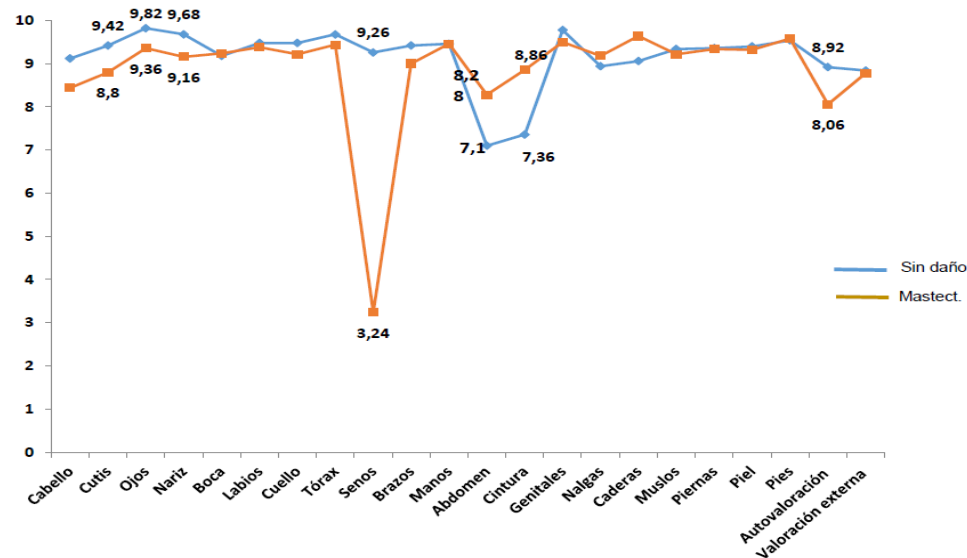


Figura 2. Puntajes promedio de los grupos según partes del cuerpo y valoración general

Este análisis reveló que los reactivos que diferencian de forma significativa los grupos son: cutis ($p=0.032$), ojos ($p=0.041$), nariz ($p=0.046$), senos ($p=0.000$), cintura ($p=0.007$) y autovaloración del aspecto físico ($p=0.000$); el resto de las partes del cuerpo no permiten establecer diferencias significativas entre las muestras ($p>0.05$). Sin embargo, al realizar el análisis controlando la edad, se encontró que solamente senos ($p=0.000$) y cintura ($p=0.003$) discriminan entre un grupo y otro. Así, las mujeres mastectomizadas emiten valoraciones inferiores a las sanas (3.24 vs 9.25 puntos); sin embargo, tienden a valorar mejor la cintura (8.86 vs 7.36 puntos) y el abdomen (8.28 vs 7.10 puntos).

Al analizar los ítems de respuesta dicotómica y ordinal, se encontró que la única pregunta que diferencia entre uno y otro grupo es el referido a la importancia de los senos (Figura 3).



**Fuente: Mujeres estudiadas según importancia de las partes del cuerpo, estatura y peso*

Figura 3. Porcentaje de mujeres según importancia atribuida a los senos en el grupo de mastectomizadas y en el grupo sano

Como tendencia las mujeres sanas no le dan importancia a los senos (94 %) mientras que las pacientes si los consideran importante (92 %); resultando esta diferencia significativa ($p=0.000$), incluso al controlar el efecto de la edad persiste la capacidad de este ítem para discriminar entre un grupo y otro ($p=0.000$). El resto de los ítems explorados no discriminan entre estos grupos ($p>0.05$).

Rincón y colaboradores tampoco encontró diferencias significativas entre sus dos grupos de estudio con respecto a la valoración general de su aspecto físico ($p>0.05$), ni a la puntuación estimada que le darían otras personas a su aspecto físico ($p>0.05$). Igualmente al valorar cada parte de su cuerpo por separado, las puntuaciones son similares para ambos grupos, ocurriendo lo mismo con el grado de satisfacción con la talla o el peso. Sí se encontraron diferencias significativas en la valoración de las mamas siendo mayor en las pacientes con reconstrucción mamaria ($p<0.01$). Sin embargo, las pacientes mastectomizadas mostraron un nivel de insatisfacción significativamente mayor con dicha zona corporal ($p<0.01$), realizado una valoración de su pecho/tórax mucho menor que las mujeres reconstruidas, constituyendo dicha zona una parte problemática de su anatomía.²²

Se deduce que la menor satisfacción que revelan las pacientes mastectomizadas con su imagen corporal (afirmando que se sienten menos atractiva físicamente, menos femenina, más insatisfechas con su cuerpo y con una mayor dificultad para mirarse al espejo desnudas), se circunscribe tan solo a la insatisfacción que declaran con el aspecto de su mama.^{22, 28} Es decir, las pacientes mastectomizadas, muestran una mayor problemática en relación a su imagen corporal, tan solo debido a la mutilación que padecen a consecuencia de la mastectomía, ya que en el resto de las variables en las que se ha evaluado el grado de satisfacción corporal, se obtiene puntuaciones similares.²⁹

Lo anteriormente descrito en relación a validez discriminante obtenida en la presente tesis, permite afirmar que la apariencia física es muy importante en el auto concepto para las mujeres, las cuales ven la belleza y los atractivos físicos como altamente demandados y reconocidos; sienten la presión social de ser físicamente mejores; es decir, sufren mayores directrices de distintos ámbitos sociales para mejorar cada vez más su apariencia. La cultura actual demanda a las mujeres una creciente preocupación sobre la representación de la belleza femenina en ideales limitados a la apariencia física. La cultura popular y los medios masivos ayudan a perpetuar esta idea de belleza. La evaluación de la imagen corporal reviste gran importancia para lograr una buena orientación en el diagnóstico y tratamiento psicológicos de pacientes con patología mamaria. Lógicamente, han de requerirse instrumentos válidos para la población que se pretenda evaluar. Esto ha sido reconocido en la literatura científica como un problema complicado y pendiente de solución.³⁰

REFERENCIAS

- 1- Viana de Bragança P. Imagen corporal en mujeres con cáncer de mama sometidas a tratamiento quirúrgico: una revisión sistemática. Tesis de Máster Universitario de Investigación en Ciencias Socio Sanitarias. Universidad de León, 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10612/5127>
- 2- Núñez Avilés F. Estudio de la satisfacción de la imagen corporal en educación primaria. Relaciones con la actividad física y el nivel de condición física de los escolares. Tesis doctoral.

Universidad de Málaga. Facultad de Ciencias de la Educación 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10630/11952>

3- Aguilar M J, Neri M, Mur N, Gómez E. Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. Revista de Nutrición Hospitalaria. 2013; 28 (5):1453-1457. Disponible en: ISSN 0212-1611 CODEN NUHOEQ.S.V.R. 318. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309230208012>

4- Pintado M S. Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España, 2009. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10550/26371>

5- Juárez D M, Landero R. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. Universidad De La Salle Bajío (México) Revista Electrónica Nova Scientia, 2011, 4 (7): 17–34. ISSN 2007 – 0705. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052012000100002&lng=es&nrm=iso. ISSN 2007-0705

6- Sebastián J, Manos D, Bueno M, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Clínica y Salud, 2007, 18 (2): 137-161. Disponible en: ISSN: 1135-0806. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002&lng=es&nrm=iso. ISSN 2174-0550

7- De Bragança P V. Imagen corporal en mujeres con cáncer de mama sometidas a tratamiento quirúrgico: una revisión sistemática. Tesis de Máster. Universidad de León. 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10612/5127>

8- García-Tornel Florensa S, Gaspá Martí J. Control de salud en la población adolescente. Pediatría Integral 1997; 2(3):285-295. Revisado en: Supervisión de la salud del adolescente — Exámenes de salud en Protocolo - Guía clínica, Volumen IV • Enero – febrero 2016 • Nº 1 / 43-76. Disponible en: <https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-IV-n1-2016/Adolescere-2016-1.pdf>

- 9- Raich R M, Torras J y Sánchez-Carracedo D. Body image in a sample of adolescents students. *Book of Abstracts European Council on Eating Disorders*, p.15, 2001. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2004-21026-001>
- 10- Echevarría Castro S B, Sotelo Castillo M.A. Barrera Hernández L.F, López Valenzuela M I. Diseño de Instrumentos de Medición en Psicología y sus Propiedades Psicométricas. Competencia Metodológica en Estudios de Psicología Vol. 2. Instituto Tecnológico de Sonora. México, 2013. Disponible en: <https://www.academia.edu/25404687/disen%C3%B3-de-instrumentos-de-medici%C3%B3n-en-psicolog%C3%ADa-y-sus-propiedades-psicom%C3%A9tricas>.
- 11- García Viniegras C R, González Blanco M. La eutanasia ante el enfermo oncológico como problema bioético. Editorial Académica Española. ISBN978-620-2-25487-8. Disponible en: <https://www.amazon.com/eutanasia-enfermo-oncol%C3%B3gico-problema-bio%C3%A9tico/dp/6202254874>
- 12- León O G, Montero I. Metodologías científicas en Psicología. Barcelona: Editorial UOC, 2011. Disponible en: <https://reader.digitalbooks.pro/book/preview/28548/>
- 13- Rincón M E, Pérez M A, Borda M, Martín A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Rev de la Univ. Psychol. Bogotá, Colombia*. 2012; 11 (1): 25-41, .EISSN 2011-2777. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/32941>
- 14- Martínez J A, Martínez L .Los tests estadísticos y la evaluación de escalas. El caso de la validez discriminante. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*. 2009, 15 (2): 15-24, ISSN: 1135-2523. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10317/1600>
- 15- Martínez E, Cano A, Medina C, Canseco C, Arnanz F, Garrido N, Zapico F. Cáncer de mama en mujeres muy jóvenes, nuestra experiencia. *Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Clin Invest Gin Obst*. 2016; 43 (1):17-23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-cancer-mama-mujeres-muy-jovenes-S0210573X14000793>.

- 16- Espié M, Hamy A S, Eskenazy S, Cuvier C, Giacchetti S. Epidemiología del cáncer de mama. EMC-Ginecología-Obstetricia 2013 49 (1): 1-17. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X\(13\)64078-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X(13)64078-3).
- 17- Durán N, Álvarez-Guerra L, Alegret M, Díaz B. Estratificación de la mortalidad por cáncer de mama, colon y pulmón en la población femenina. Policlínico Universitario Santa Clara. Cuba. Mediacentro Electrón. 2012, 16 (3): 4-8. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1277>
- 18- Vázquez-Ortiz J, Antequera R, Blanco A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Universidad de Sevilla. Psicooncología 2010. 7 (2-3): 433-451. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010220433A>
- 19- Juárez D M, Landero R. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. México. Revista Electrónica Nova Scientia 2011, 4 (1): 17 – 34. ISSN 2007 – 0705. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052012000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2007-0705
- 20- Fonseca S, Lencastre L, Guerra M. Life Satisfaction in Women with Breast Cancer. Lisboa. Portugal. Paidéia sep-dec. 2014; 24 (59): 295-303. doi: 10.1590/1982-43272459201403.
- 21- Blanco-Sánchez R Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico. Enferm Clin. 2010; 20 (6): 327–334. Disponible en:10.1016/j.enfcli.2010.07.005.
- 22- Rincón M E. Repercusiones psicológicas de la reconstrucción mamaria tras cáncer de mama. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. España, 2008. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157677>
<http://hdl.handle.net/10366/139554>
- 23- De Oliveira Gonçalves C, Gomes M.C, Nogueira A, Cabello C. Validation of the instrument “Body image after breast cancer” in Brazil. Motriz, Rio Claro, 2014, 20 (1): 8-15, University of Campinas, Brazil. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-65742014000100002>
- 24- Botella L, Ribas E, Benito J. Evaluación Psicométrica de la Imagen Corporal: Validación de la versión española del multidimensional body self relations questionnaire (MBSRQ). Revista

Argentina de Clínica Psicológica 2009, 18: 253-264. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/257876322>

25- Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An. Sist. Sanit. Navar. 2011; 34 (1): 63-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

26- Miró MC, Raich R.M, Portell M. Avaluació de la imatge corporal per a la detecció precoç dels trastorns del comportament alimentari. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, España 2006. Disponible en <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=412527>

27- Muñiz J. Las teorías de los test: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. Sección monográfica. Papeles del Psicólogo, España, 2010, 31 (1): 57-66. Disponible en <http://www.cop.es/papeles>

28- Peláez M.A, Ruiz P, Labrador F, Raich R.M. Validación del Eating Attitudes Test como instrumento de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en población general. Elsevier, España. Medicina Clínica 2014, 142 (Issue 4, 20): 153-155. Disponible en: <https://medes.com/publication/87679>.

29- Ramírez M J, Godoy D, Vázquez M.L, Lara R. Navarrón E, Vélez M, Padial A, Jiménez M.G. Imagen corporal y satisfacción corporal en adultos: diferencias por sexo y edad. Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte 2015, 10 (1): 63-68. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311132628008>.

30- Mejía M E. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia, 2012. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20864>.

- **Conflictos de intereses:** los autores declararán que no tienen conflictos de intereses en relación con la investigación presentada.
- **Contribución de los autores:**

Jessica García Viamontes: recolección de datos, búsqueda bibliográfica, redacción y análisis de los datos

Raiza Ruiz Lorente: edición y revisión final del documento

Daisy Hernández Durán: revisión y búsqueda bibliográfica

Leysi Perea Hevia: revisión y búsqueda bibliográfica

Sandra Aguilar Isla: revisión y búsqueda bibliográfica