

Prevención del trastorno de la imagen corporal por la intervención enfermera previa a cirugía de cáncer de mama y colon

Natalia Mudarra García¹, Enrique Pacheco del Cerro², Alfonso Meneses Morroy²

¹ Enfermera. Gestora de prehabilitación quirúrgica. Responsable en investigación. Doctora en cuidados en salud. Profesora asociada en la Universidad Complutense de Madrid.

² Doctor en Cuidados en Salud. Profesor de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología en la UCM.

IV Premios de Investigación CODEM 2020. Primer Premio.

Cómo citar este artículo: Mudarra García, N., Meneses Morroy, A., Prevención del trastorno de la imagen corporal por la intervención enfermera previa a cirugía de cáncer de mama y colon. *Conocimiento Enfermero* 14 (2021): 22-40.

RESUMEN

Uno de los tratamientos principales para poder abordar el cáncer de mama y colorrectal, es la cirugía. Ésta puede llegar a ocasionar estrés y alteraciones en la percepción de la imagen. Una efectiva educación sanitaria del paciente previo a la cirugía, disminuye el nivel de ansiedad del individuo. Para que el paciente pueda superar este cambio en su imagen corporal es fundamental el papel que protagoniza su familiar directo.

El objetivo de este estudio fue evaluar el trastorno de la imagen corporal que sufren los pacientes con cáncer de mama y colorrectal tras ser sometidos a una cirugía, comparando el grupo que recibió una intervención enfermera previa a la misma junto con su familiar directo, frente a los pacientes que recibieron dicha intervención sin él.

Se realizó un ensayo clínico sin medicamentos controlado aleatorizado no cegado. El estudio consistió en realizar una intervención enfermera previa a la cirugía a ambos grupos por igual. El grupo de estudio obtuvo una menor puntuación en la escala de afectación de la imagen corporal que el grupo control ($p < 0,001$).

La conclusión principal es: El realizar una intervención enfermera al paciente y familia previa a una cirugía, reduce el trastorno de la imagen corporal.

Palabras clave: imagen corporal; neoplasias de mama; ostomía; mastectomía.

Prevention of the disorder of the body image by nursing intervention prior to mam and colon cancer surgery

ABSTRACT

One of the main treatments to address breast and colorectal cancer is surgery. This can cause stress and alterations in the perception of the image. An effective health education of the patient prior to surgery decreases the level of anxiety of the individual. So that the patient can overcome this change in his body image, the role of his direct family member is essential.

The objective of this study was to evaluate the body image disorder suffered by patients with breast and colorectal cancer after undergoing surgery, comparing the group that received a previous nurse intervention along with their direct family member, against the patients who received this intervention without him.

A non-blinded randomized controlled clinical trial was conducted. The study consisted of performing a nurse intervention prior to surgery to both groups equally. The study group obtained a lower score on the scale of body image involvement than the control group ($p < 0.001$).

The main conclusion is: Performing a nurse intervention to the patient and family prior to surgery reduces body image disorder.

Keywords: body image; mastectomy; breast neoplasma; ostomy.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/179>

1. Introducción

De acuerdo con los datos publicados por REDECAN, el número total de nuevos casos de cáncer en España en 2015 fue de 247.771 (148.827 en varones y 98.944 en mujeres). Los tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados en el año 2015 fueron: Colo-rectal (41.441 casos), próstata (33.370 casos), pulmón (28.347 casos), mama (27.747 casos) y vejiga (21.093 casos). Los cinco tumores más frecuentemente diagnosticados en varones en España en el año 2015 fueron: Próstata (33.370 casos), colo-recto (24.764 casos), pulmón (22.430), vejiga (17.439) y estómago (5.150 casos). En mujeres, los cinco tumores más frecuentemente diagnosticados en España en 2015 fueron: Cáncer de mama (27.747), colo-rectal (16.677), cuerpo uterino (6.160), pulmón (5.917) y vejiga (3.654) [1-3].

En España a principios de siglo XX, la tasa de curación no sobrepasaba el 5%, en la actualidad podemos hablar de tasas del 50 y hasta del 60% cuando se aplican adecuadamente los recursos de diagnóstico y tratamiento. La cirugía, la oncología radioterápica y la oncología médica representan las tres especialidades fundamentales que se ocupan del tratamiento del cáncer, y a su vez son responsables de múltiples efectos adversos [4-5].

Las cirugías en el cáncer de mama y en el cáncer colorrectal de forma contundente, repercuten en la imagen corporal del individuo, generando a veces situaciones extremas y dolorosas. Son procedimientos que conllevan implicaciones biopsicosociales, con altos niveles de ansiedad, que generan un cambio en el estilo de vida [23-24].

Una adecuada educación sanitaria y preparación psicológica del paciente previa a la cirugía, consistente en el aporte de la información y el apoyo psicológico durante todo el proceso, equilibraría las características estresantes de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo [25-27].

La imagen corporal es un aspecto básico de la personalidad de un individuo, y parte de un concepto más general: la autoimagen. De este modo podemos definir autoimagen como la evaluación de nuestro valor social. Se compone de las ideas que tenemos acerca de quiénes somos y cómo nos mostramos a los demás [28-30].

Las enfermedades como el cáncer, que requieren una intervención quirúrgica, a menudo son vividas como una importante pérdida de una parte del cuerpo y/o de la función corporal. La persona tiene una percepción distorsionada de su cuerpo, viéndolo diferente a cómo es realmente. Se siente incómoda y angustiada dentro de su propio cuerpo [31-33].

En este sentido, la cirugía de mama y la ostomía son procesos que conllevan cambios sustanciales a nivel físico y estético. En ocasiones, pueden implicar deformidades corporales permanentes, aislamiento social y estigmatización del individuo [34-36], derivando en un trastorno de la imagen corporal, y que conlleva, por definición, una confusión entre la imagen mental y el yo físico [37-38].

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad. En muchos países occidentales, el concepto de la familia y su composición ha cambiado considerablemente en los últimos años, sobre todo por los avances en los derechos humanos [39].

Los familiares que cuidan del paciente desempeñan una función importante en el manejo del cáncer. Contar con su cooperación e incluirlos como núcleo de la atención médica desde el principio se considera fundamental para el tratamiento eficaz del cáncer. La mayoría de los equipos de oncología reconocen este hecho, y tratan de incluir a los familiares que prestan su asistencia en la planificación y toma de decisiones relacionadas con el tratamiento y su ejecución [40-41].

El acompañamiento de la familia durante todo el proceso de la enfermedad y su tratamiento mejora la calidad de vida [42], el autocuidado y muchos aspectos psicosociales del paciente [43], al mismo tiempo que ayuda a reducir la sintomatología y el dolor provocado por la cirugía [44].

2. Justificación

La revisión bibliográfica disponible pone de manifiesto que una intervención enfermera anterior a la cirugía reduce la ansiedad del paciente.

Asimismo se ha evidenciado una mejoría tanto en el trastorno de la imagen corporal como en el resto de repercusiones de la enfermedad (sintomatología postquirúrgica, sexualidad, preocupación por el futuro) cuando dicha educación sanitaria se

realiza después de la intervención quirúrgica. De igual modo se demuestra que el implicar a la familia durante el proceso mejora la calidad de vida del paciente.

Sin embargo, no se ha investigado la influencia de la familia para disminuir las alteraciones en la auto-imagen del paciente, y tampoco se ha encontrado ningún estudio que valore el efecto de esa intervención enfermera, previa a la cirugía, sobre el trastorno de la imagen corporal, la autoestima y sobre las repercusiones de la enfermedad.

3. Objetivos

Objetivo principal:

- Evaluar si el **apoyo familiar** tras recibir educación sanitaria, **previa** a la intervención quirúrgica, junto con el paciente que va a ser sometido a una cirugía de mama y colon, reduce las alteraciones en la imagen corporal.

Objetivos secundarios:

- Evaluar el beneficio de la intervención enfermera previa a la cirugía en estos pacientes, a través de la valoración de la imagen corporal y la autoestima (mama y colon), la sexualidad, la preocupación por el futuro, y la sintomatología en mama y brazo (mama).
- Analizar si el apoyo familiar con educación sanitaria previa y conjunta, mejora los aspectos anteriormente citados.
- Evaluar la influencia de las alteraciones de la imagen corporal sobre la autoestima.
- Analizar la relación entre los efectos de la enfermedad (síntomas de la mama y del brazo, preocupación por el futuro, sexualidad) y la alteración de la imagen corporal, y la repercusión que sobre ésta tiene el tipo de cirugía (mastectomía, cirugía conservadora y ostomía).

4. Hipótesis

Realizar una intervención enfermera, previa a la cirugía (mastectomía, cirugía conservadora y ostomía), tanto sobre los pacientes diagnosticados de cáncer (de mama y cáncer colorrectal), como sobre su familiar directo, disminuye las alteraciones de la imagen corporal.

5. Material y método

La descripción de la metodología se ha realizado siguiendo la normativa indicada por Equator Network.

5.1. Descripción del diseño de prueba

Se trata de un ensayo clínico sin medicamentos controlado no cegado compuesto por 64 participantes, que pretende valorar la eficacia de una intervención enfermera a los familiares y pacientes previa a la cirugía para evitar el trastorno de la imagen corporal de sujetos operados de cáncer de mama o colon (32 participantes), en comparación con la intervención limitada sólo a los pacientes (32 participantes).

5.2. Criterios de inclusión y exclusión

5.2.1. Cáncer de mama

• Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 18 años.
- Pacientes oncológicas diagnosticadas de cáncer de mama (carcinoma ductal in situ, carcinoma ductal infiltrante, carcinoma lobulillar infiltrante, carcinoma multicéntrico, tumor de Paget....), que vayan a ser sometidas a cirugía (mastectomía, linfadenectomía, biopsia del ganglio centinela, cirugía conservadora....).
- No haber recibido quimioterapia antes de la cirugía.
- Convivir con un familiar directo.
- No haber recibido radioterapia antes de la cirugía.
- Recibir o no hormonoterapia neoadyuvante.

• Criterios de exclusión:

- Hombres.
- Rechazo a la intervención quirúrgica.
- Paciente no oncológico que va a ser intervenido.
- Realización de cirugía en otro hospital.
- Paciente oncológico diagnosticado de cáncer de mama sin intervención quirúrgica.

- Negativa del paciente a conocer su diagnóstico o imposibilidad para dar su consentimiento.
- Ser sometidos a biopsia de tumor sin intervención quirúrgica.

5.2.2. Cáncer de colon

- **Criterios de inclusión:**
 - Mujeres y hombres mayores de 18 años.
 - Pacientes oncológicos diagnosticados de cáncer de colorrectal (adenocarcinoma de recto bajo, adenocarcinoma de recto medio, adenocarcinoma colode o mucinoso), que vayan a ser sometidos a cirugía (colostomía, ileostomía...) programada.
 - Recibir quimioterapia antes o después de la cirugía.
 - Recibir radioterapia antes o después de la cirugía.
 - Convivir con un familiar directo.
- **Criterios de exclusión:**
 - Rechazo a la intervención quirúrgica.
 - Paciente no oncológico que va a ser intervenido.
 - Realización de cirugía en otro hospital.
 - Paciente oncológico diagnosticado de cáncer de colon sin intervención quirúrgica.
 - Paciente oncológico diagnosticado de cáncer de colon con intervención quirúrgica urgente.
 - Negativa de los pacientes a conocer su diagnóstico o imposibilidad para dar su consentimiento.
 - Ser sometidos a biopsia de tumor, sin intervención quirúrgica.

5.3. Configuración y ubicaciones donde se recopilaron los datos y los aspectos éticos

El presente estudio se realizó en el Hospital Universitario Infanta Cristina (HUIC) con domicilio en la Avda. 9 de Junio, 2. Dicho hospital se encuentra en el municipio de Parla y asiste tanto a los ciudadanos de esta localidad como a los de pueblos circundantes.

Se trata de un estudio multidisciplinar, en coordinación entre el servicio de Cirugía General y Digestivo y el servicio de Oncología, que se inicia en abril de 2017 y finaliza en agosto de 2018.

5.3.1. Contenido de la intervención enfermera

Se realizaba exactamente la misma intervención tanto al grupo control como al grupo de estudio, durante aproximadamente una hora.

Se les proporcionaba educación sanitaria: Fotos de la cirugía, taller de estética, videos de experiencias vividas por otros sujetos, métodos de afrontamiento y, por último, se realizaba un taller de relajación.

Constaba de tres fases, organizadas según el proceso de adaptación que sufren los individuos cuando experimentan un cambio en su cuerpo y se enfrentan a un diagnóstico de cáncer.

1. Primera fase o fase de impacto: En un primer momento, estos sujetos experimentaban una profunda impresión emocional tras conocer el diagnóstico, que podía generar reacciones de intensa ansiedad.

La mejor manera para que un individuo afrontara su nueva situación y su reciente diagnóstico era proporcionarle toda la información necesaria para que conociera su enfermedad y tratamiento.

2. Segunda fase o fase de afrontamiento: Las pacientes comienzan a ser conscientes de su enfermedad y los futuros cambios que sufrirán en su cuerpo. Aparecen reacciones de miedo, rabia, ira, negación, ...

En este momento se les mostraba experiencias vividas por otros individuos e imágenes y cirugías similares a las que se someterían. De igual modo se les explicaba los posibles cambios y secuelas que podrían derivar a nivel laboral, familiar, social e individual.

3. Tercera fase o fase de adaptación a la nueva situación: Se produce una disminución de las reacciones emocionales previas, siendo el paciente capaz de poner en marcha los recursos aprendidos para disminuir su malestar psicológico.

gico. En esta fase se les explicaba los métodos de afrontamiento existentes para prevenir el trastorno de la imagen corporal y para disminuir o evitar los posibles efectos secundarios de la enfermedad y cirugía.

Cierre de intervención: Como se ha descrito, los pacientes durante todas sus fases pueden vivir momentos de ansiedad, ira, miedo, enfado y ánimo deprimido. En cada una de ellas es fundamental tener herramientas para aliviar estos estados anímicos como realizar talleres de relajación con respiraciones abdominales y mindfulness.

5.4. Variables del estudio

5.4.1. Variable principal de mama y colon

Variable clínica: - **Escala BIS (Body Image Scale).** Para evaluar si la intervención sobre los familiares fue eficaz, disminuyendo el trastorno de la imagen corporal en los pacientes, se utilizó la escala BIS de imagen corporal para pacientes con cáncer (Body Scale Inventory, Hopwood et al 2001) aproximadamente al mes de la cirugía. Esta escala consta de 10 ítems con formato de respuesta en escala likert de cuatro alternativas, con un rango de 0 (“nada”) a 3 (“mucho”), indicando o no tener alteración de la imagen corporal, o un aumento de la misma en puntuaciones más altas [47] P., Fletcher, I., Lee, A., Al Ghazal, S., 2001. A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197. Para la elaboración de esta escala, se construyeron 10 ítems en colaboración con la Organización Europea de Investigación y Tratamiento contra el Cáncer (EORTC), y se administró a una muestra heterogénea de 276 pacientes británicos que padecían cáncer. En una revisión posterior, la escala fue administrada a 682 pacientes con cáncer de mama de varias regiones del Reino Unido, dividida en siete grupos, en base al tratamiento recibido. El subgrupo de cáncer de mama de la primera versión presentaba una fiabilidad de 0.85. Y la fiabilidad de esta escala en la segunda versión fue de 0.93 [45]. En estudios realizados con pacientes oncológicos, su validez queda demostrada con valores de consistencia interna entre 0,76 y 0,87 (Curbow & Somerfield, 1991).

5.4.2. Variables secundarias comunes para mama y colon

Variables sociodemográficas y clínicas: - Edad, sexo, hijos, tener pareja, quimioterapia adyuvante, radioterapia adyuvante, acudir al psicólogo, **escala Rosenberg:** La escala Rosenberg, sirve para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de 10 ítems, de los que cinco están enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa. La escala ha sido validada en castellano y su validez se encuentra entre 0.76 y 0.87, con una fiabilidad de 0.80. Los 5 primeros ítems se responden a través de una escala Likert de 4 a 1 (desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo). Los siguientes 5 ítems se responden a través de una escala Likert de 1 a 4 (desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo)

5.4.3. Variables secundarias específicas de mama

Variables clínicas: - Tipo de cáncer, tipo de intervención, reconstrucción inmediata, hormonoterapia adyuvante, hormonoterapia neoadyuvante, valoración de **QLQ BR-23:** Se trata del módulo específico para cáncer de mama del EORTC QLQ-C30 con una fiabilidad de 0,70, que fue elaborada por el grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) (Fayers et al., 2001). Mide aspectos más específicos del cáncer de mama. Este cuestionario consta de 23 preguntas que intentan valorar el estado de salud, así como el impacto físico y emocional en pacientes con esta enfermedad. La fiabilidad del QLQ-BR23 es adecuada con valores de Alpha Cronbach entre 0,52 y 0,98 [51]. La estandarización de la puntuación lineal se realiza del mismo modo que para el cuestionario QLQ-C30, de tal manera que se obtiene un valor para cada ítem, pudiendo separar por áreas los resultados.

5.4.4. Variables específicas para colon

- Variables clínicas: - Tipo de cáncer, tipo de intervención. Quimioterapia neoadyuvante, radioterapia neoadyuvante.

5.5. Tamaño de la muestra

5.5.1. Población de estudio para cáncer de mama

Tomando como referencia la totalidad de la población en 2015 de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y sometidas a cirugía, y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión expuestos con anterioridad, nuestra población de estudio fue la de **18 pacientes diagnosticados de cáncer de mama con mastectomía y 34 con cirugía conservadora.**

5.5.2. Población de estudio para cáncer colorrectal

Tomando como referencia la totalidad de la población en años anteriores, de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal y sometidos a cirugía, y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión expuestos anteriormente, nuestra población de estudio fue de **12 pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal a los que se les fuera a realizar una ostomía programada.**

5.6. Aleatorización

5.6.1. Asignación de sujetos de investigación (mama)

Se estratificaron a los sujetos de investigación según las características de la cirugía, antes de proceder a la aleatorización:

Estrato A: Corresponde a los sujetos de investigación a los que se les realizó una intervención de mastectomía. El tamaño muestral de este grupo fue de 18 sujetos. A (N18): n9 E y n9 C

Estrato B: Se asigna a aquellos sujetos de investigación a los que se les realizó una intervención de cirugía conservadora. El tamaño muestral de este grupo fue de 34 sujetos. B (N34): n17 E y n17 C

5.6.2. Asignación de sujetos de investigación (colon)

En este caso se optó por una aleatorización simple, manteniendo un equilibrio entre grupos en rela-

ción a su tamaño y características. El grupo estuvo formado por 12 sujetos de investigación (6 pertenecieron al grupo control (E) y 6 al grupo de estudio (C)). N12: 6 E y 6 C.

El grupo de estudio (GRUPO C) estuvo formado por todos los sujetos de investigación que cumplían los criterios de inclusión, acompañados durante la intervención enfermera por un familiar directo, el cual no se pudo modificar a lo largo del estudio. Dicho familiar recibió en todo momento la misma información que se proporcionó al sujeto de investigación. El grupo control (GRUPO E) lo conformaron todos aquellos sujetos de investigación que cumplían los criterios de inclusión, y que recibieron la formación sin acompañamiento alguno. Esta intervención se realizó del mismo modo y manera tanto al grupo control como al grupo de estudio.

5.7. Análisis estadístico

Se usó el programa SPSS 21 para los cálculos estadísticos. Se estimaron las frecuencias absolutas y los porcentajes de las variables categóricas y la media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas.

Las comparaciones de las variables cualitativas se hicieron mediante test de chi cuadrado o test exacto de Fisher. Las variables cuantitativas se compararon mediante test de t de student o test de Mann-Whitney, y si no demuestran su normalidad disminuida mediante el test de Kolmogorov Smirnov.

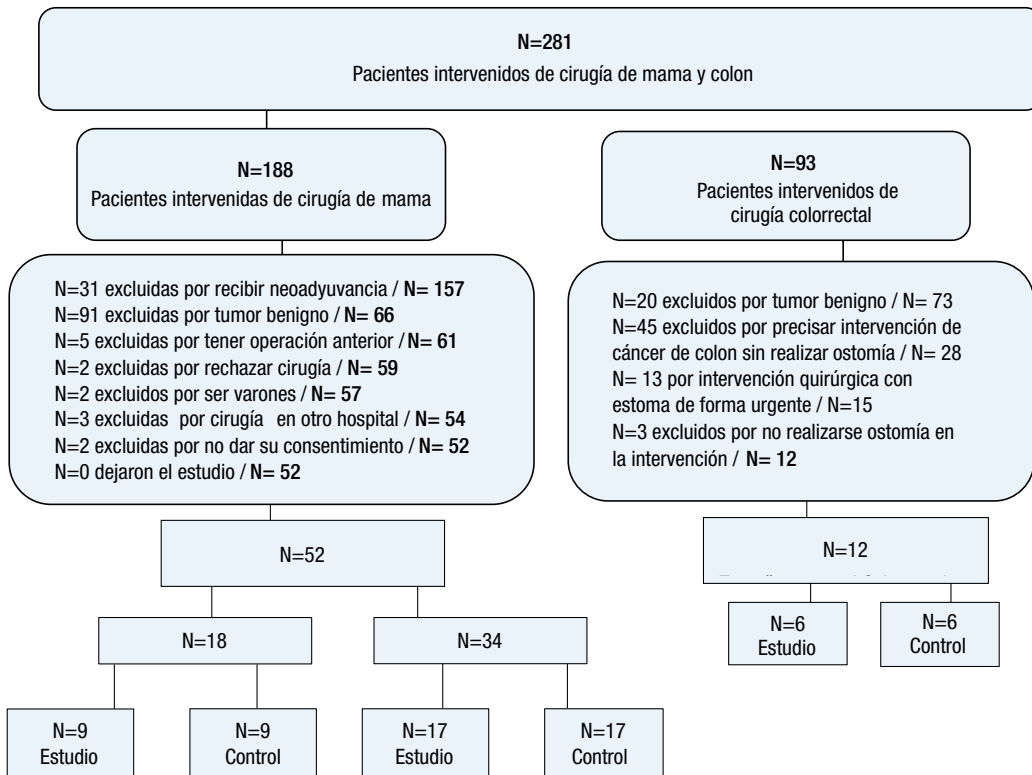
6. Resultados

6.1. Análisis descriptivo y estadístico

6.1.1. Variables sociodemográficas. Evaluación inicial

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos en cuanto a la edad ($p=0,93$), al sexo ($p=1,00$), tener hijos mayores de 18 años, menores de 18 años o no tener hijos ($0,82$) y tener pareja ($p=0,41$).

Figura 1. Selección de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

6.1.2. Variables clínicas. Evaluación inicial

Tampoco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo de estudio en estas variables: tipo de cáncer ($p=0,47$), tipo de intervención ($p=0,11$), reconstrucción inmediata en mujeres sometidas a mastectomía ($p=0,34$), tratamiento con quimioterapia previa a cirugía de colon y ($p=1,00$) posterior a cirugía de colon y mama ($0,78$), tratamiento con radioterapia previo en cirugía de colon ($p=1,00$) y posterior en cirugía de colon y mama ($p=0,60$), tratamiento previo con hormonoterapia en cirugía de mama ($p=0,31$), ni en el tratamiento posterior con hormonoterapia en cirugía de mama ($p=0,07$).

6.1.3. Variables clínicas: Evaluación post-intervención realizada al mes de la cirugía

En la derivación al psicólogo no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p=0,59$).

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la variable imagen corporal entre los dos grupos ($p<0,001$). De igual modo, separando los grupos por tipo de intervención, mastectomía ($p<0,001$), cirugía conservadora ($p<0,001$) y ostomía ($p=0,002$), también se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación a la imagen corporal entre grupo control y grupo de estudio.

En la autoestima que percibe el paciente no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p=0,83$). Separando los grupos por cirugías (mastectomía, cirugía conservadora y pacientes a los que se les realizó un estoma) tampoco se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos, ($p=0,30$) ($p=0,83$) ($p=0,29$) respectivamente.

Al analizar los resultados en conjunto no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudio y el grupo control en cuanto a la preocupación por el futuro ($p=0,95$), actividad sexual ($p=0,925$), disfrute sexo ($p=0,70$) y sintomatología de la mama ($p=0,44$). Sin em-

bargo, sí se hallaron resultados significativos en la sintomatología del brazo ($p=0,035$) entre ambos grupos.

Estratificando los datos en función del tipo de cirugía realizada, al seleccionar únicamente las pacientes sometidas a mastectomía, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en-

tre ambos grupos, con respecto a ninguna de las repercusiones de la enfermedad estudiadas. Seleccionando sólo las pacientes sometidas a cirugía conservadora, los resultados fueron similares excepto en la sintomatología del brazo ($p=0,009$), en la que sí se obtuvieron diferencias estadísticas significativas entre el grupo de estudio y el grupo control.

Tabla resumen de análisis estadísticos: Variables sociodemográficas y clínicas. Evaluación inicial.

		Control N=32	Estudio N=32	Total N=64	P
Edad	20 y 39 años	2 (6,2%)	3 (9,4%)	5 (7,8%)	
	40 y 49 años	7 (21,9%)	5 (15,6%)	12 (18,8%)	
	50 y 59 años	3 (9,4%)	5 (15,6%)	8 (12,5%)	0,932
	60 y 69 años	12 (37,5%)	11 (34,4%)	23 (35,9%)	
	70 y 79 años	5 (15,6%)	4 (12,5%)	9 (14,1%)	
	80 y 89 años	3 (9,4%)	4 (12,5%)	7 (10,9%)	
Sexo	Sexo = Hombre N(%)	5 (15,6%)	5 (15,6%)	10 (15,6%)	
	Sexo = Mujeres N(%)	27 (84,4%)	27 (84,4%)	54 (84,4%)	1,00
Hijos	Menores de 18 años	6 (18,8%)	8 (25%)	14 (21,8%)	
	Mayores de 18 años	23 (71,8%)	21 (65,6%)	44 (68,8%)	0,828
	No tiene hijos	3 (9,4%)	3 (9,4%)	6 (9,4%)	
Pareja	Tiene pareja	21 (65,6%)	24 (75%)	45 (70,3%)	
	No tiene pareja	11 (34,4%)	8 (25%)	19 (29,7%)	0,412
Tipo de cáncer N (%)	Carcinoma ductal infiltrante	24 (75,1%)	21 (65,6%)	45 (70,2%)	
	Carcinoma lobulillar	0	1 (3,1%)	1 (1,6%)	
	Tumor filoides maligno	0	1 (3,1%)	1 (1,6%)	
	Carcinoma mucinoso	1 (3,1%)	0	1 (1,6%)	
	Carcinoma ductal in situ	0	2 (6,3%)	2 (3,1%)	0,473
	Carcinoma multicéntrico	1 (3,1%)	1 (3,1%)	2 (3,1%)	
	Adenocarcinoma de recto inferior	4 (12,5%)	6 (18,8%)	10 (15,6%)	
	Adenocarcinoma de recto M-S	1 (3,1%)	0	1 (1,6%)	
	Adenocarcinoma de colon+AT	1 (3,1%)	0	1 (1,6%)	

Tipo de intervención N (%)	Tumorectomía + BGC	13 (40,6%)	7 (21,8%)	20 (31,3%)	
	Tumorectomía	1 (3,1%)	7 (21,8%)	8 (12,5%)	
	Cuadrantectomía + BGC	2 (6,3%)	4 (12,5%)	6 (9,4%)	
	Cuadrantectomía	1 (3,1%)	0	1 (1,6%)	
	Mastectomía + BGC	7 (21,8%)	3 (9,4%)	10 (15,5%)	0,115
	Mastectomía	0	3 (9,4%)	3 (4,7%)	
	Mastectomía + Linfadenectomía	2 (6,3%)	2 (6,3%)	4 (6,3%)	
	Resección anterior baja de recto (RABR) + Ileostomía	4 (12,5%)	3 (9,4%)	7 (10,9%)	
	RABR+Colostomía	2 (6,3%)	3 (9,4%)	5 (7,8%)	
Reconstrucción inmediata en Mastectomía N (%)	Sí	6 (66,7%)	4 (44,4%)	10 (55,6%)	0,343
	No	3 (33,3%)	5 (55,6%)	8 (44,4%)	
		Control N=6	Estudio N=6	Total N=12	P
Tratamiento con quimioterapia	Recibieron previa a cirugía de colon	4 (66,7%)	4 (66,7%)	8 (66,7%)	1,00
Neoadyuvante en colon N(%)	No recibieron previa a cirugía de colon	2 (33,3%)	2 (33,3%)	4 (33,3%)	
		Control N=32	Estudio N=32	Total N=64	P
Tratamiento con quimioterapia	Recibieron posterior a cirugía de mama y colon	9 (28,1%)	10 (31,3%)	19 (29,7%)	0,784
Adyuvante, mama y colon n(%)	No recibieron posterior a cirugía de mama y colon	23 (71,9%)	22 (68,7%)	45 (70,3%)	
		Control N=6	Estudio N=6	Total N=12	P
Tratamiento con radioterapia	Recibieron previa a cirugía de colon	4 (66,7%)	4 (66,7%)	8 (66,7%)	1,00
Neoadyuvante en colon n(%)	No recibieron previa a cirugía de colon	2 (33,3%)	2 (33,3%)	4 (33,3%)	
		Control N=32	Estudio N=32	Total N=64	P
Tratamiento con radioterapia	Recibieron posterior a cirugía de colon y mama	21 (65,6%)	19 (59,4%)	40 (62,5%)	0,606
Adyuvante, mama y colon n (%)	No recibieron posterior a cirugía de colon y mama	11 (34,4%)	13 (40,6%)	24 (37,5%)	

		Control N=32	Estudio N=32	Total N=64	P
Tratamiento con hormonoterapia	Recibieron previa a cirugía de mama	0	1 (3,8%)	1 (1,9%)	0,313
Neoadyuvante en mama n (%)	No recibieron previa a cirugía de mama	26 (100%)	25 (96,2%)	51 (98,1%)	
Tratamiento con hormonoterapia	Recibieron posterior a cirugía de mama	21 (80,8%)	15 (57,7%)	36 (69,2%)	0,071
Adyuvante en mama n (%)	No recibieron posterior a cirugía de mama	5 (19,2%)	11 (42,3%)	16 (30,8%)	

Tabla resumen de análisis estadísticos: Variables s clínicas. Evaluación después de intervención enfermera.

		Control N=32	Estudio N=32	Total N=64	P
Derivación al psicólogo N (%)	Sí	12 (37,5%)	12 (37,5%)	24 (34,4%)	0,599
	No	20 (62,5%)	20 (62,5%)	40 (65,6%)	
Total tamaño muestral		Control N=32	Estudio N=32	Total N=64	P
Imagen corporal Media (desviación típica)		9,66 (5,7)	1,31 (1,8)	5,48 (5,9)	<0,001
Mastectomía + C. Conservadora		Control N=26	Estudio N=26	Total N=52	P
Imagen corporal Media (desviación típica)		9 (5,6)	1,31 (1,8)	5,15 (5,7)	<0,001
Mastectomía		Control N=9	Estudio N=9	Total N=18	P
Imagen corporal Media (desviación típica)		14,2 (5,6)	2,4 (2,2)	8,33 (7,3)	<0,001
Cirugía conservadora		Control N=17	Estudio N=17	Total N=34	P
Imagen corporal Media (desviación típica)		6,2 (3,3)	0,7 (1,3)	3,4 (3,7)	<0,001
Ostomías		Control N=6	Estudio N=6	Total N=12	P
Imagen corporal Media (desviación típica)		12,5 (5,8)	1,3 (2)	6,9 (7,1)	0,002
Total tamaño muestral		Control N=32	Estudio N=32	Total N=64	P
Autoestima N (%)	Elevada autoestima	28 (87,5%)	27 (84,3%)	55 (85,9%)	0,839
	Autoestima media	3 (9,4%)	3 (9,4%)	6 (9,4%)	
	Baja autoestima	1 (3,1%)	2 (6,3%)	3 (4,7%)	

Mastectomía		Control N=9	Estudio N=9	Total N=18	P
Autoestima N (%)	Elevada autoestima	9 (100%)	8 (88,9%)	17 (94,4%)	0,303
	Autoestima media	0	1(11,1%)	1 (5,6%)	
	Baja autoestima	0	0	0	
Cirugía conservadora		Control N=17	Estudio N=17	Total N=34	P
Autoestima N (%)	Elevada autoestima	14(82,3%)	13(76,4%)	27 (79,4%)	0,831
	Autoestima media	2 (11,8%)	2 (11,8%)	4 (11,8%)	
	Baja autoestima	1 (5,9%)	2 (11,8%)	3 (8,8%)	
Ostomías		Control N=6	Estudio N=6	Total N=12	P
Autoestima N (%)	Elevada autoestima	5 (83,3%)	6 (100%)	11 (91,7%)	0,296
	Autoestima media	1 (16,7%)	0	1 (8,3%)	
	Baja autoestima	0	0	0	
Mastectomía + C. Conservadora		Control N=26	Estudio N=26	Total N=52	P
QRQ BR-23	Preocupación por el futuro	65,3 (23,5)	66,3 (26,4)	65,8 (24,7)	0,954
Media (desviación típica)	Práctica de sexo	29,1 (25,7)	29,8 (26,5)	29,5 (25,8)	0,925
Mastectomía+C. Conservadora		Control N=26	Estudio N=26	Total N=52	P
QRQ BR-23	Disfrute del sexo	29,1 (38)	27,2 (29,7)	28,2 (33,9)	0,700
Media (desviación típica)	Sintomatología de la mama	50,9 (14,2)	47,8 (15,2)	49,3 (14,6)	0,448
	Sintomatología del brazo	38,7 (13,3)	32,9 (14)	35,8 (13,8)	0,035
Mastectomía		Control N=9	Estudio N=9	Total N=18	P
Repercusiones de la enfermedad: QRQ BR-23 media (desviación típica)	Preocupación por el futuro	66,6 (21,6)	69,4 (30)	68 (25,4)	0,931
	Práctica de sexo	38,8 (28,9)	34,3 (37,6)	36,7 (32,3)	0,784
	Disfrute del sexo	36,1 (45,2)	25 (35,3)	30,8 (40)	0,815
	Sintomatología mama	52 (17,6)	53,4 (20)	52,7 (18,3)	0,879
	Sintomatología brazo	42,5 (16,3)	44,4 (19)	43,4 (17,2)	0,931

Cirugía conservadora		Control N=17	Estudio N=17	Total N=34	P
Repercusiones de la enfermedad: QRQ BR-23 media (desviación típica)	Preocupación por el futuro	64,7 (25)	64,7 (25)	64,7 (24,7)	0,946
	Práctica de sexo	23,3 (22,5)	27,5 (19,5)	25,4 (20,8)	0,594
	Disfrute del sexo	25 (34)	28,5 (27,4)	26,7 (30,5)	0,477
	Sintomatología mama	50,3 (12,6)	44,8 (11,5)	47,5 (12,2)	0,193
	Sintomatología brazo	36,7 (11,4)	26,9 (3,6)	31,8 (9,7)	0,009

6.1.4. Relación de las alteraciones de la imagen corporal con la autoestima y las alteraciones de la enfermedad

Las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre la imagen corporal y la autoestima ($p=0,142$), preocupación por el futuro ($p=0,828$), práctica de sexo ($p=0,161$) y sintomatología de la mama ($p=0,137$). Por el contrario, sí se obtuvieron resultados significativos entre la imagen corporal y el disfrute del sexo ($p=0,034$) y la sintomatología del brazo ($p=0,007$).

6.1.5. Alteraciones de la imagen corporal según el tipo de intervención

Comparando los datos según el tipo de intervención, en el grupo control se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, en relación a la imagen corporal, entre la mastectomía y la cirugía conservadora ($p<0,001$), y entre la cirugía conservadora y los pacientes ostomizados ($p=0,004$). Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas en este grupo entre mujeres mastectomizadas y pacientes ostomizados ($p=0,578$). En el grupo de estudio sólo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la imagen corporal entre las pacientes mastectomizadas y las que fueron sometidas a cirugía conservadora ($p=0,019$). En el grupo total (control y estudio) también se obtuvieron resultados estadísticamente significativos entre las mujeres sometidas a mastectomía y a cirugía conservadora ($p=0,003$) y las sometidas a ostomía y cirugía conservadora ($p=0,039$).

6.1.6. Alteraciones de la imagen corporal en la reconstrucción inmediata

Por contra, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos entre las alteraciones de la imagen corporal y someterse o no a la reconstrucción inmediata de mama en mujeres mastectomizadas ($p=0,240$).

6.2. Análisis de correlaciones

Acudir o no con familiar directo a la intervención enfermera antes de la cirugía está relacionado con la alteración en la imagen corporal ($r=-0,702$).

Asimismo, la práctica del sexo tiene relación con el disfrute del sexo ($r=0,756$) y la sintomatología del brazo ($r=0,512$) al igual que el disfrute del sexo con la sintomatología del brazo ($r=0,536$).

También se ha hallado relación entre la sintomatología del brazo con la alteración de la imagen corporal ($r=0,416$) y la sintomatología de la mama ($r=-0,521$).

6.3. Regresión lineal

Tras realizar los pasos sucesivos en la regresión lineal se analizan las variables candidatas a entrar en este modelo. Las variables excluidas del mismo son: la autoestima, la práctica del sexo, el disfrute del sexo, la sintomatología del brazo y la sintomatología de la mama, siendo la única incluida el grupo de estudio.

Los resultados muestran que el hecho de acudir el paciente junto con su familiar directo a la in-

tervención enfermera previa a la cirugía, genera una reducción de 8,34 puntos en la escala del trastorno de la imagen corporal ($p < 0,001$).

7. Discusión

Al estudiar a la **FAMILIA**, se revisaron los siguientes artículos: Cabrera, López G, López E y Arredondo, 2017 [42]; Ferrell y Wittenberg, 2017 [53]; Gomes y Margarida, 2010 [44]; Gonzalez, González A, 2008 [39]; Guzmán y Bermúdez, 2013 [54]; Blanco, 2010 [55]; Tejerina, 1997 [57]. Todos los artículos revisados resaltaron la necesidad de dar educación sanitaria a los familiares durante el proceso de la enfermedad del paciente oncológico.

En la misma línea que todos los artículos revisados, en este trabajo se evidencia que proporcionar educación sanitaria conjunta a paciente y familia previa a la cirugía de mama y colon, reduce el trastorno de la imagen corporal en éste, así como la sintomatología del brazo en mujeres sometidas a cirugía mamaria.

Por el contrario, en el estudio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas que revelen que el hecho de acudir a la intervención enfermera con un familiar directo disminuya la sintomatología referida a la mama, reduzca la preocupación por el futuro, incremente la práctica y el disfrute del sexo o mejore la autoestima.

En cuanto a la valoración de la **importancia de la intervención enfermera previa a una cirugía de mama en la reducción del trastorno de la imagen corporal, y con el beneficio añadido al realizarla junto con un familiar directo** se revisan los siguientes artículos: Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007 [35]; Cordero, Neri, Mur, Gómez y López, 2014. En estos artículos se analizó el trastorno de la imagen corporal de las pacientes tras la cirugía sin haber recibido ningún tipo de educación sanitaria. En los diversos estudios, se obtuvieron unos niveles elevados en la alteración de la imagen corporal.

Estos resultados sugieren que recibir una intervención enfermera previa a la cirugía de mama reduce el trastorno de la imagen corporal, que se hace aún más evidente si dicha intervención se amplía a un familiar directo.

Al evaluar la **influencia de la intervención enfermera previa a una cirugía con ostomía en la**

disminución del trastorno de la imagen corporal del paciente, y el valor añadido de incluir a un familiar directo en dicha intervención, se analizaron artículos como estudios realizados por Kilic, Taycan, Belli y Ozmen, 2007 [59] y Sharpe, Patel y Clarke, 2011 [60] (sin intervención enfermera previa). En estos artículos se analizó el trastorno de la imagen corporal de los pacientes tras colocación de una ostomía. Al analizar los datos de estos estudios, se plasmaron, unos niveles elevados en la alteración de la imagen corporal.

Estos resultados sugieren que una intervención enfermera previa a la práctica de una ostomía disminuye las alteraciones en la imagen corporal, reducción que se hace más patente si se incluye en dicha intervención tanto al paciente como a su familiar directo.

Analizando la **importancia de la intervención enfermera previa a una cirugía de mama y colon con ostomía en la mejora de la autoestima** encontramos algunos artículos como Brito, Forteza, Llerena y Soto, 2014 [61]; Sebastián et al., 2007 [35]; Salomé, Almeida y Silveira, 2014 [62]; Kilic et al., 2007 [59]. Los pacientes analizados en estos estudios refirieron tener una baja autoestima.

En ninguno de los artículos citados se había proporcionado educación sanitaria específica anterior a la cirugía, ni a los pacientes ni a sus acompañantes. En nuestro estudio se constata una manifiesta mejora en la autoestima del paciente.

Esta evidente diferencia encontrada con los artículos revisados resalta la importancia de una adecuada educación sanitaria previa a la cirugía para mejorar la autoestima.

Otro aspecto estudiado es la **capacidad de la intervención enfermera previa a una cirugía de mama en la mejora de las repercusiones de la enfermedad sobre el paciente, y el beneficio añadido de aquella al incluir en dicha actuación a un familiar directo**. La bibliografía revisada Urdaniz, Mañas, Manterola y Tejedor, 2003 [63]; Ruiz, Martínez y Pilar, 2012 [64], manifestó en las mujeres intervenidas, una reducción tanto en la práctica como en el disfrute del sexo y una elevada sintomatología de la mama y el brazo, tras ser sometidas a una cirugía de mama.

A diferencia de los artículos revisados, este estudio revela una baja incidencia de síntomas en la mama y el brazo en ambos grupos, no sobrepasan-

do, en la escala QLQ, de una media de 49,3 puntos sobre 100 en sintomatología de la mama, y de 35,8 en sintomatología del brazo.

Los resultados del estudio mostraron que los pacientes que acuden a la intervención enfermera previa a la cirugía refieren tener poca sintomatología en la mama y brazo. Los síntomas del brazo se reducen aún más cuando la educación sanitaria se imparte junto con un familiar directo, lo que evidencia la gran importancia de la implicación de éstos para incentivar y ayudar al paciente a realizar los ejercicios enseñados por enfermería, de cara a prevenir el linfedema.

Existen muchos estudios en los que se hacía referencia a la **relación entre la autoestima y la imagen corporal**, tanto en pacientes ostomizados como en pacientes sometidas a cirugía de mama.

Al analizar dichos estudios, se ponía de manifiesto una gran controversia: Alguno de ellos, como el de Pérez, Lorente y Arranz, 1992 [65] no demostraban relación entre la autoestima y la imagen corporal. En cambio, otros como el de García, Marisol y Hernández, 2012 [46], sí aseveraban que la autoestima y la imagen corporal estaban relacionadas.

Los resultados de nuestro estudio muestran, al igual que Pérez et al., 1992, que una imagen corporal más afectada (en mujeres mastectomizadas) no implica una peor autoestima.

Otro campo valorado en el estudio es la **relación entre las repercusiones de la enfermedad y la imagen corporal**. El citado artículo realizado por García et al., 2012 [46], evidenciaba que no existía relación entre la imagen corporal y el funcionamiento sexual. Sin embargo Urdaniz et al., 2003 [63], en su estudio concluye que problemas detectados en las áreas de funcionamiento sexual podrían estar relacionados con los trastornos de la imagen corporal.

En el actual estudio, se han obtenido resultados estadísticamente significativos al relacionar la imagen corporal tanto con el disfrute del sexo (al igual que Urdaniz et al., 2003) como con la sintomatología del brazo.

Al estudiar las **alteraciones de la imagen corporal en función del tipo de intervención quirúrgica**, analizamos estudios como los de Bajuk y Reich, 2011 [56]; Urdaniz et al., 2003 [63]; Fobair, Stewart, Chang, D'Onofrio, Banks y Bloom, 2011 [66]; Cordero et al., 2014 [58]. En todos

los artículos descritos se evidencia que las mujeres mastectomizadas tenían más alteraciones en la imagen corporal que las sometidas a cirugía conservadora.

Estos resultados evidencian que las mujeres mastectomizadas tienen una mayor alteración de la imagen corporal que las mujeres sometidas a una cirugía conservadora. Del mismo modo se encuentran resultados estadísticamente significativos, al comparar los pacientes ostomizados con las mujeres a las que se les realiza una intervención conservadora. Sin embargo, las alteraciones tanto entre mujeres mastectomizadas como en los pacientes sometidos a una ostomía son similares.

Al analizar las **alteraciones de la imagen corporal en mujeres mastectomizadas con y sin reconstrucción**, se revisaron los siguientes estudios: Eltahir, Werners, Dreise, Van, Jansen y Werker, 2013 [36]; Bajuk y Reich, 2011 [56]; D'Souza, Darmanin, Fedorowicz, 2011 [67]; y Pusic, Klasen, Snell, Cano, McCrthy y Scott, 2012 [68]. Todos ellos, concluían, que la reconstrucción mamaria tras una mastectomía mejoraba la imagen corporal.

A diferencia de los artículos anteriores revisados, en nuestro estudio no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en la reducción del trastorno de la imagen corporal atribuibles a una reconstrucción inmediata tras una mastectomía. Esto puede deberse a que ambos grupos han recibido una intervención enfermera anterior a la cirugía.

Al valorar **la ansiedad y el estrés**, estudios como los de Gordillo, Martínez y Mestas, 2011 [69]; Doñate, Litago, Monge y Martínez, 2015 [70]; León, Vinaccia, Quiceno y Montoya, 2016 [71], aseveraban que la ansiedad en pacientes que tenían que someterse a una operación quirúrgica conllevaba un estado emocional negativo, y que realizando preparaciones psicológicas, tales como los abordajes comportamentales, la información audiovisual y los folletos educativos, se disminuía el estrés y la ansiedad.

Por todo ello, en el estudio se realiza una educación sanitaria y una preparación psicológica del paciente y de la familia previa a la cirugía, junto con un apoyo constante durante todo el proceso para equilibrar las características estresantes de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo.

8. Conclusiones

- Acudir con un familiar a la intervención enfermera previa a la cirugía reduce el trastorno de la imagen corporal.
- Realizar una intervención enfermera previa a la intervención quirúrgica reduce el trastorno de la imagen corporal en el paciente, mejora la autoestima y la sintomatología de mama y brazo.
- Acudir con un familiar directo a la intervención enfermera no modifica la autoestima, la sexualidad, la preocupación por el futuro ni la sintomatología de la mama del paciente. Por el contrario, sí mejora la sintomatología del brazo.
- No se ha encontrado evidencia de que el trastorno de la imagen corporal influya en la autoestima del paciente.
- Tampoco se ha hallado relación entre el trastorno de la imagen corporal y la sintomatología de la mama, la práctica del sexo y la preocupación por el futuro. Sin embargo, sí hay relación entre este trastorno y la sintomatología del brazo y el disfrute del sexo, al igual que entre la imagen corporal y el tipo de cirugía realizada.

Cuestiones éticas

El estudio fue registrado en Clinical Trials (ID: NCT03726801).

El presente estudio tiene la autorización del Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario Puerta de Hierro y la Dirección del Centro.

Este estudio se realizó según la Ley 14/2007

de Investigación Biomédica, Real Decreto (RD) 1090/2015 y Orden SAS 3470/2009.

Tanto el acceso a la historia clínica original del paciente y a los documentos que se generen por su participación en el estudio, serán tratados con la absoluta confidencialidad y nunca se divulgarán públicamente según lo establecido en la LO 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

El nombre o identidad del participante no será jamás divulgado públicamente.

Los datos serán manejados de manera anónima, por lo que no se podrá divulgar sus datos personales dentro del estudio.

El paciente que participe en el estudio podrá hacer uso de los derechos de LO 15/1999 de Protección de Datos Personales y tendrá derecho a acceder a todos los documentos relacionados con el estudio, con excepción de aquellas partes que contengan información privada de otras personas. Así también, según lo establecido en LO 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, tendrá derecho a modificar y/o cancelar los datos obtenidos sobre su persona dirigiéndose al investigador encargado del estudio en este centro.

Todos los datos generados del estudio serán manejados únicamente por el investigador principal y serán guardados en un sitio seguro, al que pueda acceder exclusivamente el mismo.

La participación del paciente en el estudio será voluntaria y será libre de abandonar el estudio en cualquier momento, sin precisar dar explicación alguna y sin interferir en sus cuidados asistenciales médicos o derechos legales se vean afectados por esta circunstancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ariadna [Internet]. [citado 18 de enero de 2018]. Disponible en: <http://ariadna.cne.isciii.es/>
2. REDECAN Working Group, Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, et al. Cancer incidence in Spain, 2015. *Clin Transl Oncol*. julio de 2017;19(7):799-825.
3. Las Cifras del Cáncer en España 2017 [Internet]. [citado 25 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105941-las-cifras-del-cancer-en-espana-2017?start=3>
4. Instituto Nacional de Cancerología [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.incan.salud.gob.mx/>
5. ActualizacionEstrategiaCancer.pdf [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>
6. Cáncer de mama [Internet]. National Cancer Institute. [citado 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq>
7. Portela S, R J, Verga Tirado B. Cáncer de mama: ¿Es posible prevenirlo? *Rev Cienc Médicas Pinar Rfo*. marzo de 2011;15(1):14-28.

8. Casciato DA, Territo MC, editores. Manual de oncología clínica. 7ª ed. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona): Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013. 928 p.
9. Cáncer de mama | Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e | HarrisonMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://0-harrisonmedicina.mhmedical.com.cisne.sim.ucm.es/content.aspx?bookid=1717§ionid=114915085>
10. pmhdev. Breast Cancer - National Library of Medicine [Internet]. PubMed Health. [citado 25 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMHT0021882/>
11. Yustos MA, Angulo MM, Soto MÁM. Cáncer de mama. Med Programa Form Médica Contin Acreditado. 2017;12(34):2011-23.
12. Cowell CF, Weigelt B, Sakr RA, Ng CKY, Hicks J, King TA, et al. Progression from ductal carcinoma in situ to invasive breast cancer: revisited. Mol Oncol. octubre de 2013;7(5):859-69.
13. Aquino RGF, Vasques PHD, Cavalcante DIM, Oliveira ALDS, Oliveira BMKD, Pinheiro LGP. Invasive ductal carcinoma: relationship between pathological characteristics and the presence of axillary metastasis in 220 cases. Rev Col Bras Cir. abril de 2017;44(2):163-70.
14. Cáncer de colon [Internet]. National Cancer Institute. [citado 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/pro/tratamiento-colorrectal-pdq>
15. Cánceres de tubo digestivo bajo | Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e | HarrisonMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://0-harrisonmedicina.mhmedical.com.cisne.sim.ucm.es/content.aspx?bookid=1717§ionid=114915201#1137921413>
16. Marley AR, Nan H. Epidemiology of colorectal cancer. Int J Mol Epidemiol Genet. 30 de septiembre de 2016;7(3):105-14.
17. Labianca R, Beretta GD, Kildani B, Milesi L, Merlin F, Mosconi S, et al. Colon cancer. Crit Rev Oncol Hematol. mayo de 2010;74(2):106-33.
18. Terzić J, Grivennikov S, Karin E, Karin M. Inflammation and colon cancer. Gastroenterology. junio de 2010;138(6):2101-2114.e5.
19. El Zoghbi M, Cummings LC. New era of colorectal cancer screening. World J Gastrointest Endosc. 10 de marzo de 2016;8(5):252-8.
20. Bohorquez M, Sahasrabudhe R, Criollo A, Sanabria-Salas MC, Vélez A, Castro JM, et al. Clinical manifestations of colorectal cancer patients from a large multicenter study in Colombia. Medicine (Baltimore) [Internet]. 7 de octubre de 2016 [citado 25 de enero de 2018];95(40). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5059046/>
21. Epidemiology and Risk Factors of Colorectal Cancer - ClinicalKey [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://clinicalkey-es.bvscm.csinet.es/#!/content/book/3-s2.0-B9781416046868500063>
22. Rodríguez-Montes JA, Rojo E, Álvarez J, Dávila M, García-Sancho Martín L. Complicaciones de la cirugía colorrectal. Cir Esp. 1 de enero de 2001;69(3):253-6.
23. ANSIEDAD Y CIRUGÍA [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
24. Waller A, Forshaw K, Carey M, Robinson S, Kerridge R, Proietto A, et al. Optimizing Patient Preparation and Surgical Experience Using eHealth Technology. JMIR Med Inform [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 25 de enero de 2018];3(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4705017/>
25. Ansiedad preoperatoria y cirugía programada - Página 3 de 4 [Internet]. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. 2015 [citado 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ansiedad-preoperatoria-cirugia-programada/3/>
26. «Preparación psicológica ante la intervención quirúrgica» de José Antonio Flórez Lozano - Cartas de los lectores en La Nueva España - Diario de Asturias [Internet]. [citado 25 de enero de 2018]. Disponible en: <http://mas.lne.es/cartasdeloslectores/carta/14902/preparacion-psicologica-ante-intervencion-quirurgica.html>
27. MALLEY A, KENNER C, KIM T, BLAKENEY B. The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. AORN J. agosto de 2015;102(2):181.e1-181.e9.

28. Aguilar Cordero MJ, Neri Sánchez M, Mur Villar N, Gómez Valverde E. [Influence of the social context on the body image perception of women undergoing breast cancer surgery]. *Nutr Hosp.* octubre de 2013;28(5):1453-7.
29. Anchel A, José M, Velasco Laiseca J. Género, imagen y representación del cuerpo. *Index Enferm.* marzo de 2008;17(1):39-43.
30. García Franco V, Vargas Yzquierdo J, Hernández Cabezas M, Pérez Quintana M. La estética y la práctica profesional en salud. *Educ Médica Super.* septiembre de 2014;28(3):579-86.
31. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muñoy JM, López-Miñarro PÁ. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr Hosp.* febrero de 2013;28(1):27-35.
32. Barba AV, Muñoz MOM, López AMM. La práctica corporal y la imagen corporal: reconstruyendo significados. *Rev Electrónica Interuniv Form Profr.* 2014;17(1):163-76.
33. Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología.* 1 de enero de 2004;1(2):169-80.
34. Río NG del, Castro NM, Castro CC, Rodríguez AF, Clemente MH, Fernández YG. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE Rev Enferm.* 2013;(7):3.
35. Sebastián J, Manos D, Bueno M^a J, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica Salud.* septiembre de 2007;18(2):137-61.
36. Eltahir Y, Werners LLCH, Dreise MM, van Emmichoven IAZ, Jansen L, Werker PMN, et al. Quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction: comparison of patient-reported BREAST-Q and other health-related quality-of-life measures. *Plast Reconstr Surg.* agosto de 2013;132(2):201e-209e.
37. Gloria M. Bulechek, Howard k. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª edición. Elsevier; 2013.
38. Joanne McCloskey Dochterman, Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier España; 2005.
39. González AMV. La familia. Una mirada desde la Psicología. *Medisur.* 19 de mayo de 2008;6(1):4-13.
40. Canga A, Esandi N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. *An Sist Sanit Navar.* agosto de 2016;39(2):319-22.
41. Regina Secoli S, Silva P, Concepción M, Alves Rolim M, Machado AL. El cuidado de la persona con cáncer: Un abordaje psicosocial. *Index Enferm.* marzo de 2005;14(51):34-9.
42. Cabrera Macías Y, López González E, López Cabrera E, Arredondo Aldama B. La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Rev Finlay.* junio de 2017;7(2):115-27.
43. González Mestre, Assumpció, Amil Bujan, Paloma. El cuidador y la familia: elementos clave en la atención de las personas con enfermedad crónica avanzada- ClinicalKey [Internet]. 2015 [citado 16 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://clinicalkey-es.bvscsm.csinet.es/?ACTION=CHECKED&DATA=b5XrKzTsWpdI1HzH%2BlbHX1wqfnzOt8qwuY%2FFnU8HJrbkkU5ctWo%2F96YBrSQOtAqlnjHkPzMc2J2K%0A2U%2FCYiCn7a4MXKJ110aWsR8iz54UeBswlf%2Fyse3OIvtixrG9KS8uKsa0OaWMyKdcdieTYEnDdB49%0Ar9OSm69%2Bb7CioPR6LjTjgD4jC%2B7W4LiA4UzywrMm%2BOUraOtoIfFPQvoNOEjI3SEtyAt3WXRKVqj%0AJd1D4j9TXdLmKBoshGCxHvACooy2U8zgdfla9lK%2BG4KK0FMwXSWqklskTgWfjO2Ifqck6NPuaJF0%0ANEJtstxQVCXG38TE6moOlbpnSDTkh16duGr%2BQ%3D%3D%0A#!/content/book/3-s2.0-B9788490224991000142>
44. Gomes R, Margarida A. El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. *Enferm Glob.* febrero de 2010;(18):0-0.
45. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. enero de 2001;37(2):189-97.
46. García J, Marisol D, Hernández RL. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova Sci.* 2012;4(7):17-34.
47. Moreira H, Silva S, Marques A, Canavarró MC. The Portuguese version of the body image scale (BIS) - psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* abril de 2010;14(2):111-8.

48. Escala de Autoestima de Rosenberg - Fiabilidad y Validez [Internet]. Scribd. [citado 17 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/339516379/Escala-de-Autoestima-de-Rosenberg-Fiabilidad-y-Validez>
49. Vázquez-Morejón Jiménez R, Jiménez García-Bóveda R, Morejón V, José A. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol.* 2004;22(2):247-55.
50. Rojas-Barahona CA, Zegers P B, M F, E C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Médica Chile.* junio de 2009;137(6):791-800.
51. Irarrázaval ME, Rodríguez PF, Fasce G, Silva FW, Waintrub H, Torres C, et al. Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. *Rev Médica Chile.* junio de 2013;141(6):723-34.
52. Winters ZE, Afzal M, Rutherford C, Holzner B, Rumpold G, da Costa Vieira RA, et al. International validation of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-BRECON23 quality-of-life questionnaire for women undergoing breast reconstruction. *Br J Surg.* 8 de noviembre de 2017;
53. Ferrell B, Wittenberg E. A review of family caregiving intervention trials in oncology. *CA Cancer J Clin.* 8 de julio de 2017;67(4):318-25.
54. Guzmán RC, Bermúdez JÁ. Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicol Salud.* 12 de noviembre de 2013;19(1):21-32.
55. Blanco Sánchez R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enferm.* marzo de 2010;19(1):24-8.
56. Bajuk L, Reich M. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES URUGUAYAS CON CÁNCER DE MAMA. *Cienc Psicológicas.* mayo de 2011;5(1):19-30.
57. El seno Femenino - Publicaciones - CPM Tejerina [Internet]. Centro Patología de la Mama. [citado 23 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.cpm-tejerina.com/fundacion-tejerina/aula-estudios-avanzados/publicaciones/el-seno-femenino/>
58. Cordero A, José M, Neri Sánchez M, Mur Villar N, Gómez Valverde E, López S, et al. Percepción de la imagen corporal de la mujer intervenida de cáncer de mama y residente en la ciudad de Granada. *Rev Esp Nutr Comunitaria.* 2014;2-6.
59. Kiliç E, Taycan O, Belli AK, Ozmen M. [The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning]. *Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry.* 2007;18(4):302-10.
60. Sharpe L, Patel D, Clarke S. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *J Psychosom Res.* mayo de 2011;70(5):395-402.
61. Brito OM, Forteza OC, Llerena IL, Soto YM. Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Medimay.* 13 de diciembre de 2014;20(3):390-400.
62. Salomé GM, Almeida SA de, Silveira MM, Salomé GM, Almeida SA de, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *J Coloproctology Rio Jan.* diciembre de 2014;34(4):231-9.
63. Urdaniz A, I J, Mañas I, J J, Manterola Burgaleta A, Tejedor Gutiérrez M, et al. Evaluación de la calidad de vida a largo plazo en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales mediante los cuestionarios de la EORTC. *Rev Clínica Esp.* 1 de diciembre de 2003;203(12):577-81.
64. Ruiz Carreño P, Martínez A, Pilar M. Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perspectiva enfermera. *Index Enferm.* diciembre de 2012;21(4):190-3.
65. Pérez MDL, Lorente AP, Arranz P. Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis Rev Psiquiatr Psicol Médica Psicosomática.* 1992;13(10):49-54.
66. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology.* julio de 2006;15(7):579-94.
67. D'Souza N, Darmanin G, Fedorowicz Z. Immediate versus delayed reconstruction following surgery for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 6 de julio de 2011;(7):CD008674.
68. Pusic AL, Klassen AF, Snell L, Cano SJ, McCarthy C, Scott A, et al. Measuring and managing patient expectations for breast reconstruction: impact on quality of life and patient satisfaction. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* abril de 2012;12(2):149-58.

69. Gordillo León F, Martínez A, M J, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clínica Med Fam.* octubre de 2011;4(3):228-33.
70. Doñate Marín M, Litago Cortés A, Monge Sanz Y, Martínez Serrano R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enferm Glob.* enero de 2015;14(37):170-80.
71. León FC de, Vinaccia S, Quiceno J, Montoya B. Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psychologia.* 1 de julio de 2016;10(2):73-85.