



# “Cáncer de mama y Calidad de Vida: una revisión bibliográfica”

Autora: Gara Afonso Escobar

Tutora: María Dolores Mora Benavente

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia

Tenerife. Universidad de La Laguna

Junio 2017

## RESUMEN

Durante la última década, el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, siendo el cáncer de mama el más frecuente, ocupando el primer lugar de defunciones por esta enfermedad entre las mujeres. Este tumor maligno es uno de los mayores problemas de salud pública de los países desarrollados, tanto por su incidencia y prevalencia como por su mortalidad y morbilidad. Es considerado una enfermedad crónica que impacta, de manera importante, en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen, por lo que es de vital importancia la adaptación a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que de él se derivan.

Uno de los objetivos claves de los sistemas de salud es la calidad de vida de los pacientes y de las personas que los rodean, por lo que es necesario conocer qué factores de la enfermedad alteran la calidad de vida de las pacientes para así trabajar en ellos. A pesar de que el pronóstico a largo plazo ha mejorado, todavía hay escasez de estudios que se centren en las necesidades psicosociales de las pacientes. Es necesario proceder a un seguimiento más detallado que determine el nivel de calidad de vida.

Mediante la revisión de la literatura científica se pretende conocer el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, para poder tener en cuenta todos los factores que interfieren en ella y que muchas veces se desconocen.

**Palabras clave:** cáncer de mama, calidad de vida, paciente oncológico.

## **ABSTRACT**

During the last decade, cáncer has become one of the main causes of mortality worldwide, with breast cancer being the most frequent, occupying the first place of death by this disease among women. This malignant tumor is one of the major public health problems of the developed countries, due to its incidence and prevalence as well as its mortality and morbidity. It is considered a chronic disease that impacts, in an important way, the quality of life of the women who suffer it, for which it is of vital importance the adaptation to the physical, psychological and social consequences that derive from it.

One of the key objectives of health systems is the quality of life of patients and the people around them, so it is necessary to know what factors of the disease alter the quality of life of the patients to work on them.

Although the long-term prognosis has improved, there is still a shortage of studies that focus on the psychosocial needs of patients. It is necessary to carry out a more detailed monitoring that determines the level of quality of life.

A review of the scientific literature seeks to know the impact of the disease on quality of life of women with breast cancer, in order to take into account all factors that interfere with it and are often unknown.

**Keywords:** breast cancer, quality of life, cancer patient.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN - ANTECEDENTES .....	5
PROPÓSITO.....	16
JUSTIFICACIÓN .....	17
MATERIAL Y MÉTODOS .....	17
RESULTADOS .....	19
DISCUSIÓN.....	27
CONSIDERACIONES FINALES .....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS .....	39

## **INTRODUCCIÓN - ANTECEDENTES**

Actualmente el cáncer es uno de los principales problemas de salud y una de las principales causas de muerte prematura en los países desarrollados. De la gran diversidad de tumores malignos el cáncer de mama es el que cobra mayor relevancia debido a su frecuencia, a las dificultades que generan su diagnóstico y tratamiento, y por ser la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina, estimándose que una de cada ocho mujeres padecerá cáncer de mama a lo largo de su vida. A pesar de que se han conseguido grandes avances en la supervivencia de las personas que lo padecen, aún hay un porcentaje significativo de recaídas. El aumento de la esperanza de vida de las mujeres ha supuesto un incremento de la prevalencia de este cáncer tan común en el sexo femenino. <sup>(1,2,3)</sup>

“La Fundación GEICAM (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama) corrobora que España ha mejorado la tasa de supervivencia del cáncer de mama del 65 al 80% desde 1980, acercándose al grupo de países europeos con mayor tasa de supervivencia, como son Finlandia, Francia, Suecia, Italia, Holanda y Noruega”. <sup>(4)</sup>

El cáncer de mama tiene como lugar de origen más frecuente los conductos mamarios, denominándose en este caso carcinoma ductal, aunque un pequeño porcentaje se origina en los lóbulos mamarios recibiendo en este caso el término carcinoma lobulillar. Los carcinomas ductales empiezan originándose de forma no invasiva (carcinoma intraductal) no producen metástasis y se curan por resección local. No obstante, si no se tratan pueden convertirse en un verdadero cáncer de mama invasivo. Si es así, puede avanzar infiltrando la piel o los músculos pectorales en un inicio, continúa extendiéndose hasta llegar a los ganglios de la axila a través de los conductos linfáticos, hasta que invade finalmente los vasos sanguíneos locales y emiten células metastásicas que producen metástasis a distancia en órganos distantes ( pulmón, hígado, pleura, hueso).<sup>(1)</sup>

Existen varios métodos de detección precoz en el cáncer de mama entre los que se encuentran la mamografía, la exploración física, también conocida como la autoexploración mamaria, y los medios de diagnóstico habituales. Aunque la creencia general de la sociedad es que la mamografía reduce la mortalidad por cáncer en mayor medida que las otras exploraciones se ha observado que no es así, y que incluso un pequeño porcentaje de las mujeres a las que se les realiza la mamografía tienen un cáncer de mama por sobre diagnóstico (un cáncer que no hubiera sido detectado ni hubiera progresado a lo largo de la vida de la mujer). <sup>(5, 6, 7)</sup>

Los signos y síntomas más frecuentes del cáncer de mama son:<sup>(1)</sup>

- Aparición de bultos en la mama y axila, que constituyen en la mayoría de los casos una falsa alarma.
- Cambios persistentes en la piel de la mama: enrojecimiento, piel de naranja, retracción de la piel.
- Eccema del pezón
- Hinchazón del brazo
- Retracción del pezón
- Secreciones del pezón

Si la enfermedad se descubre en periodo sintomático tiene más probabilidades de cura. No obstante, precisará más tratamientos que si se descubre mediante una mamografía en estado asintomático. Lo ideal es que el cáncer de mama se diagnostique antes de que aparezcan los signos y síntomas, pudiendo lograrse mediante las mamografías rutinarias de cribado. Cuando el cáncer se descubre en las campañas de cribado, aumentan las posibilidades de curación en un porcentaje mayor al 90%. <sup>(1)</sup>

El cáncer mamario presenta diferentes estadios según su extensión:<sup>(1)</sup>

- Estadio I: tumores de pequeño tamaño sin afectación metastásica.
- Estadio II: tumores de más de 2 cm de tamaño o con afectación metastásica axilar moderada.
- Estadio III: tumores de gran tamaño o con afectación en la piel o músculo pectoral, o bien con afectación axilar masiva.
- Estadio IV: metástasis a distancia (hueso, pulmón, hígado...).

El pronóstico de la enfermedad varía según el estadio en el que se encuentre. A menor estadio mayor probabilidad de supervivencia, y a mayor estadio peor pronóstico. <sup>(1)</sup>

Hay cuatro tipos de tumores mamarios, los hormonodependientes o luminales A y B, siendo los más frecuentes; los tumores con amplificación del oncogén HER2 y los denominados triple negativos. <sup>(1)</sup>

Cuando los resultados de las pruebas de imagen (mamografía, ecografía, resonancia magnética nuclear) dan sospecha de la existencia de un cáncer de mama es necesario realizar una confirmación histológica. Ésta se puede realizar mediante una biopsia con aguja gruesa o mediante una aspiración con aguja fina. Ambas permiten conocer la naturaleza de la lesión, sin embargo, la aspiración con aguja fina no proporciona información molecular, por lo que no es muy recomendable para decidir la hoja de ruta terapéutica de la paciente. <sup>(1)</sup>

Una vez realizada la biopsia y confirmada la enfermedad se procede a determinar el nivel de extensión del tumor utilizando el sistema TNM de la AJCC (American Joint Committee on Cancer). T se refiere al tamaño y extensión del tumor

principal, N a la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos y M a la presencia de metástasis en órganos distantes.<sup>(1)</sup>

Existen numerosas evidencias que implican a los estrógenos en el origen del cáncer de mama. Por ello se ha observado la capacidad de los fármacos orales antiestrogénicos para reducir la incidencia de este tumor maligno en mujeres sanas de alto riesgo. Hay tres tipos de fármacos orales antiestrogénicos capaces de reducir la incidencia del cáncer de mama: el tamoxifeno, el raloxifeno y el exemestano. El tamoxifeno y el raloxifeno evitan la aparición de un cáncer de mama en un valor aproximado de 80 mujeres de cada 120 mujeres tratadas. En el caso del exemestano tiene menos efectos secundarios que los anteriores y evita la aparición de un cáncer de mama por cada 96 mujeres de 120 mujeres tratadas.<sup>(1)</sup>

El tratamiento del cáncer de mama es complejo y variado. Depende del estadio en el que se encuentre la enfermedad. La cirugía, la quimioterapia y la radioterapia son los pilares fundamentales en el tratamiento del cáncer de mama. El primer lugar lo ocupa la cirugía, desde una mastectomía radical hasta la tumorectomía. La radioterapia se emplea tras la cirugía conservadora y la mastectomía con el objetivo de eliminar todas aquellas posibles células tumorales que hayan podido quedar, o tras la linfadenectomía, para completar el tratamiento de la axila cuando existe un número aislado de ganglios afectados por el tumor.<sup>(1, 8)</sup>

La radioterapia está indicada tras mastectomía y linfadenectomía en tumores de más de 5 cm, tumores próximos al borde quirúrgico o si hay afectación ganglionar. Si existe la necesidad de añadir quimioterapia tras la cirugía, la radioterapia se administra después de la misma.<sup>(8)</sup>

El tratamiento de los estadios I, II y III se compone de un tratamiento local (cirugía y/o radioterapia) y un tratamiento complementario o adyuvante con medicamentos en base a las características moleculares del tumor. Los diferentes factores pronóstico y de predicción como la histología, la afectación ganglionar, las características clínicas del tumor primario, los receptores hormonales, los niveles de expresión de HER2, la presencia o ausencia de metástasis, la comorbilidad, la función ovárica y la edad de las pacientes influyen en la necesidad y selección de los distintos tratamientos locales o sistémicos. Siempre se debe tener como prioridad la cirugía conservadora de la mama y la biopsia del ganglio centinela, dejando para casos muy seleccionados la mastectomía y el vaciamiento axilar.<sup>(1,9)</sup>

En los tumores luminales de pequeño tamaño se realiza la tumorectomía y la biopsia del ganglio centinela. Si la biopsia es negativa se puede evitar el vaciamiento axilar. Luego se decidirá si la paciente debe recibir o no quimioterapia, pero

independientemente de ello, todas las pacientes deben recibir radioterapia y tratamiento hormonal oral durante un periodo de al menos cinco años. En tumores demasiado grandes, en los que no se puede realizar cirugía conservadora de la mama, el tratamiento puede iniciarse con quimioterapia. De este modo se puede lograr reducir el tamaño del tumor y proceder a la cirugía conservadora de la mama. Posteriormente, las pacientes deben recibir radioterapia y tratamiento hormonal con medicación, durante al menos cinco años.<sup>(1)</sup>

En el caso de los tumores HER2-positivos el orden de terapias es diferente. En tumores pequeños se realiza la tumorectomía y la biopsia del ganglio centinela, y tras ello, la paciente recibe quimioterapia más terapia antiHER2 y radioterapia. También se puede comenzar el tratamiento con quimioterapia y terapias antiHER2 antes de la cirugía. En tumores demasiado grandes se comienza el tratamiento con quimioterapia y trastuzumab y, posterior a la cirugía, se da terapia antiHER2 durante un año y radioterapia.<sup>(1)</sup>

En los tumores triple negativos candidatos a cirugía conservadora de la mama de inicio se realiza la tumorectomía y la biopsia del ganglio centinela. Posteriormente, la paciente recibe quimioterapia y radioterapia. Como estos tumores son quimiosensibles, también se puede comenzar el tratamiento con quimioterapia antes de la cirugía, y se finaliza el mismo con radioterapia.<sup>(1)</sup>

El cáncer de mama diseminado se puede dar tanto en las mujeres recién diagnosticadas (6%) como en aquellas que sufren recaídas de la enfermedad (20%). A pesar de pequeñas excepciones, el cáncer de mama metastásico es incurable, aunque la existencia de ciertos medicamentos permite un control de la enfermedad proporcionando buena calidad de vida durante años, especialmente en los subtipos luminal y HER2.<sup>(1)</sup>

Las mujeres con cáncer de mama luminal metastásico pueden ser tratadas con tratamiento hormonal, la administración de varias líneas sucesivas controla la enfermedad durante 3-4 años. Cuando el tratamiento hormonal pierde su eficacia se puede recurrir a la quimioterapia. Son las mujeres, con cáncer de mama metastásico HER2-positivos, las que controlan su enfermedad por un periodo de tiempo más largo gracias a los avances en su tratamiento. Diversas terapias de diana anti-HER2 (trastuzumab, pertuzumab, T-DM1) utilizadas solas o en combinación con la quimioterapia hacen que el periodo de supervivencia esté alrededor de los cinco años.<sup>(1)</sup>

No tienen la misma suerte aquellas mujeres con cáncer de mama triple negativos ya que solo pueden optar por la quimioterapia, aislada o combinada con un agente antiangiogénico, y tienen peor pronóstico.<sup>(1)</sup>



El porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama en España es del 66%, lo que significa que más de dos tercios de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama serán irradiadas en el pecho. <sup>(8)</sup>

El tratamiento con quimioterapia tiene efectos muy temidos por las mujeres. Uno de ellos, y quizás el principal, es la pérdida del pelo que afecta a la autoimagen de la mujer y a su autoestima, y es considerado como el principal símbolo que altera su feminidad. Este efecto secundario de la quimioterapia no sólo provoca una disminución de la autoestima de la mujer sino que, además, contribuye al aislamiento social de las mujeres que lo padecen, ya que se sienten vinculadas al estereotipo social de “paciente con cáncer”. <sup>(10)</sup>

Las mujeres con alopecia, como consecuencia del tratamiento del cáncer, pasan de la etapa de sentirse identificadas socialmente y recibiendo un trato diferente emitido por sentimiento de pena de otras personas, a una etapa de aceptación y de búsqueda de estrategias para enfrentar los cambios corporales. La mayoría prefieren el uso de pelucas, ya que las consideran de apariencia más natural, y otras se decantan por los gorros y los pañuelos. <sup>(10)</sup>

Otros efectos secundarios de la quimioterapia, menos temidos por las pacientes pero también muy comunes, son las náuseas y los vómitos que provocan debilidad y aislamiento de sus actividades sociales habituales. Además de estas reacciones físicas, la quimioterapia también afecta a las reacciones emocionales, provocando ansiedad, depresión y miedo. <sup>(11)</sup>

La radioterapia también produce efectos colaterales en las mujeres con cáncer de mama, que dependen de la dosis de radiación, de la frecuencia con la que se realice la terapia y de la parte del cuerpo tratada, siendo el más frecuente el linfedema, que provoca mucho dolor y una gran disminución del movimiento y elevación del brazo afectado. Además de los efectos colaterales, las pacientes sometidas a radioterapia se enfrentan a una gran diversidad de miedos relacionados con la terapia, entre los que cabe destacar los cambios en la imagen corporal, la dependencia para realizar las actividades cotidianas, que el tratamiento no funcione, dolor y sufrimiento. <sup>(8)</sup>

La expresión “cáncer de mama” se asocia a muerte inevitable, terror, sufrimiento, devastación, incurabilidad, impotencia y dolor. Este cáncer tiene fuertes representaciones sociales debido a las diversas implicaciones en el mundo femenino. <sup>(12)</sup>

En el diagnóstico del cáncer de mama se producen varias reacciones emocionales, la primera de ellas surge en la comunicación con el médico cuando confirma que tiene cáncer de mama, y es una reacción de tristeza y ansiedad. Posteriormente, se producen las reacciones relacionadas con la quimioterapia que en un

principio son reacciones de incertidumbre y miedo a sus posibles efectos secundarios, pero luego la mujer empieza a sentirse más tranquila y a experimentar reacciones emocionales positivas, asociando la administración de la quimioterapia con la curación del cáncer. <sup>(10)</sup>

Los tratamientos del cáncer de mama provocan un fuerte impacto físico y psicológico. El diagnóstico, tratamiento y consecuencias de esta enfermedad afectan a la mujer, pero esta afectación es aún mayor en aquellas que se tienen que someter a una mastectomía, proceso psicológicamente doloroso en el que se ve alterada su simetría corporal y su función reproductiva y materna. <sup>(11, 13)</sup>

La mastectomía ejerce un efecto muy negativo en la mujer, afecta a la sexualidad, a la imagen corporal, al deseo, y a la relación con el propio cuerpo. Una mujer mastectomizada siente vergüenza ante su propia desnudez y vigilancia desconfiada hacia las prendas de vestir; no se muestran las mamas y no reciben ni toleran caricias en la zona del pecho. No presenta sólo problemas actuales sino también futuros. Las mujeres jóvenes mastectomizadas, sin hijos, no sólo ven comprometida su feminidad sino también su función materna. <sup>(14)</sup>

La deformidad física causada por la mastectomía provoca en la mujer un sentimiento de vergüenza que afecta a la sexualidad y a las relaciones íntimas, pudiendo aparecer trastornos sexuales. Enfrentar el cáncer después de una mastectomía va desde los sentimientos negativos, la preocupación por los hijos, la espiritualidad hasta la aceptación de la enfermedad. Además, esta indeseable consecuencia, afecta también a su vida social, ya que existe tendencia a evitar determinadas situaciones. Por otro lado, las mujeres en tratamiento con quimioterapia sufren los distintos efectos secundarios de ésta que las debilitan y aíslan de su vida familiar y actividades sociales habituales. <sup>(11, 15)</sup>

Diversos estudios demuestran que el diagnóstico, las reacciones desadaptativas, la inhibición afectiva y, en general, altos niveles de estrés psicológico producen en las mujeres con cáncer de mama depresión y altos niveles de ansiedad. <sup>(11)</sup>

La reconstrucción mamaria es un procedimiento quirúrgico cada vez más demandando debido a la elevada incidencia del cáncer de mama. La existencia de esta enfermedad en mujeres jóvenes ha determinado una demanda de procedimientos reconstructivos cada vez más exigentes. El 40% de las pacientes con cáncer de mama son sometidas a mastectomía y la mitad se realiza una reconstrucción mamaria. <sup>(16)</sup>

El objetivo de la reconstrucción mamaria es ayudar a la mujer a recuperar su contorno corporal primitivo, superando el trance psicológico que supone la mutilación de órganos tan importantes como las mamas, para la vida personal, social y profesional, mejorando el bienestar psicológico y la calidad de vida. <sup>(16)</sup>

Se obtienen resultados satisfactorios que permiten que, las mujeres con cáncer de mama que se han sometido a una mastectomía, recuperen su imagen corporal y su autoestima, permitiendo una reincorporación a la sociedad y una mejora en la relación de pareja. <sup>(16)</sup>

A pesar de que diversos estudios demuestran que la reconstrucción mamaria inmediata presenta mejores beneficios para las mujeres que la reconstrucción tardía, desde el punto de vista oncológico, las complicaciones postoperatorias de la reconstrucción inmediata pueden provocar retrasos en el inicio de la radioterapia postmastectomía. <sup>(17)</sup>

La mastectomía puede provocar importantes secuelas psicológicas en las pacientes con cáncer de mama, siendo la reconstrucción mamaria el procedimiento que revierte las mismas. Sin embargo, el proceso no finaliza hasta que se le devuelve a la mujer la areola y el pezón, consiguiendo así un pecho completo. Esto último es posible con la micropigmentación, una técnica realizada por enfermeras, con un gran valor por sus posibilidades estéticas y también de gran utilidad para el bienestar de las pacientes, que han conseguido mejorar su autoestima, su confianza en sí mismas y la relación con su entorno. <sup>(18, 13)</sup>

Este tumor maligno ginecológico tan frecuente en mujeres tiene una incidencia aproximada en todo el mundo de 720.000 casos anuales representando el 20% de todos los cánceres. En la Unión Europea se han registrado 275.000 casos nuevos de diagnóstico de cáncer de mama suponiendo el 17,3% la mortalidad. En España esta cifra es menor, se diagnostican 16.000 casos nuevos anualmente, pero constituye más del 25 % de los casos de cáncer. <sup>(19, 3)</sup>

La diferencia de valores aproximados entre distintas regiones del mundo varía debido a la asociación de factores sociodemográficos en el cáncer de mama. La raza, la clase social, el estado civil y el lugar de residencia son algunos de ellos. <sup>(20, 21)</sup>

Se ha observado que el cáncer de mama es más común en mujeres solteras, mujeres con menarquía temprana (11 años de edad o menos) o menopausia tardía (55 años o más), mujeres con pocos hijos o nulíparas, en aquellas que viven en zonas urbanas y las que pertenecen a una clase social alta. Las mujeres que tienen antecedentes familiares de primer grado con cáncer de mama y/u ovario, o padecen alguna enfermedad benigna de la mama, así como aquellas que tienen su primer hijo después de los treinta años, también tienen un riesgo mayor de padecer este tumor maligno. Cuanto mayor sea el grado de relación y más temprana la edad de aparición en el miembro familiar, mayor es el riesgo antecedentes familiares de cáncer de mama u

ovario. Las hijas de mujeres con cáncer de mama antes de la menopausia tienen un riesgo tres veces mayor de padecer la enfermedad. <sup>(20, 22, 23)</sup>

La edad tardía en el primer embarazo a término, es otro factor de riesgo para el cáncer de mama. Se evidencia que cuanto más joven es una mujer cuando tiene su primer embarazo a término, mas bajo es su riesgo de padecer cáncer de mama. Si el embarazo no es llevado a término no tiene estos efectos protectores. También está relacionado con este tumor maligno el uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH); se ha observado que el riesgo es más alto cuando las mujeres usan la TRH y aumenta con la duración del mismo. <sup>(24)</sup>

Otros factores de riesgo para el cáncer de mama son la edad y los estilos de vida. La incidencia aumenta progresivamente con la edad hasta los 45-50 años, siendo la edad media de diagnóstico los 56 años, y presentan mayor riesgo las mujeres con sobrepeso que han llevado una dieta inadecuada rica en grasas saturadas, carnes rojas y colesterol, y con un estilo de vida sedentario. <sup>(25, 26)</sup>

En varios estudios se ha observado que los factores hormonales y reproductivos también juegan un papel crucial en el desarrollo del cáncer de mama. El principal estrógeno producido durante el embarazo, el estriol, puede ser un factor protector en la mujer para el desarrollo posterior del cáncer de mama. La leche materna también ha sido considerada otro factor protector de la enfermedad, observándose que las mujeres que amamantan a sus hijos tienen un riesgo menor de padecerla. Por ello, el drástico incremento de esta enfermedad en los últimos años está estrechamente relacionado con el descenso de la tasa de natalidad y con períodos cortos de lactancia materna, evidenciándose una disminución del 7% por cada nacimiento y del 4,3% por cada año de lactancia materna. <sup>(19)</sup>

Tras un diagnóstico de cáncer de mama, la Calidad de Vida (CV) puede comprometerse física, psicológica y funcionalmente. <sup>(11)</sup>

“La Calidad de Vida es definida por la OMS como la percepción de un individuo del lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”. Por tanto, se trata de un concepto multidimensional que incorpora aspectos sociales, ambientales y creencias personales. <sup>(11, 27)</sup>

Por tanto, la CV es un área multidimensional que abarca tres grandes campos: físico, psicológico y social, que pueden ser afectados por una enfermedad y/o tratamiento. El campo físico es la capacidad que tiene la persona de realizar un conjunto

de actividades de la vida diaria. El funcionamiento psicológico abarca desde un distrés severo hasta un sentimiento positivo de bienestar, incluyendo también la función cognitiva. Y por último, el aspecto social incluye aspectos cualitativos y cuantitativos de la interacción, relación e integración social. <sup>(28)</sup>

La conceptualización de Calidad de Vida comenzó a utilizarse en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, tras la iniciativa de los investigadores de entonces, de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente estables y seguras. Fue a partir de los años sesenta, cuando se investigó acerca de la calidad de vida desde una perspectiva objetiva, recopilando datos acerca del estado socioeconómico, tipo de vivienda y nivel de estudios, extendiéndose así el uso de este concepto. No obstante, dada la insuficiencia porcentual de estos indicadores económicos de la varianza en la calidad de vida de las personas (15%), algunos psicólogos plantearon la inclusión de mediciones subjetivas, como la felicidad y la satisfacción, que explicaban un 50% de la varianza. <sup>(29)</sup>

Existen diferentes teorías acerca de la persona que utilizó por primera vez el concepto de CV. Para algunos autores fue el economista estadounidense John Kenneth Galbraith a finales de los años cincuenta; para otros fue el presidente de EE.UU., Lyndon B. Johnson, en 1964. Para ambos la calidad de vida fue considerada como una forma de evaluar, principalmente, el bienestar social general de individuos y sociedades. <sup>(30)</sup>

Para otros autores, el concepto de CV se origina a fin de diferenciar resultados relevantes para la investigación en salud, originario de las investigaciones precoces en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida. <sup>(29)</sup>

La vinculación temprana de este concepto con otras variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, ha provocado que a día de hoy muchos investigadores lo utilicen de manera diferente. A ello se suma el uso de una gran diversidad de términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, estado de salud, autoreporte en salud, salud mental, felicidad, estado funcional, ajuste y valores vitales para designar Calidad de Vida. <sup>(29)</sup>

Algunos autores plantean que, desde que se produjo un incremento en el uso del concepto, como resultado del interés que produjo en los investigadores de los años sesentas, se ha evidenciado problemas tanto en la definición del concepto, como en las dimensiones que comprende, su medición y los factores que pueden influenciar. <sup>(29)</sup>

Esta gran diversidad de concepciones puede ser fruto de la naturaleza diversa del concepto o bien porque se trata de un término multidisciplinario. De modo que los economistas centrarán su medición en elementos tangibles de la calidad de vida, y los científicos tenderán a la percepción individual sobre la calidad de vida. Actualmente, el

concepto de CV abarca tres ramas de las ciencias: economía, salud y ciencias sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo desde un punto de vista diferente respecto a cómo debe ser conceptualizada la calidad de vida.<sup>(29)</sup>

Debido a la ausencia de definiciones únicas del concepto de CV, se han agrupado las definiciones en distintas categorías.<sup>(29)</sup>

- Condiciones de vida: la calidad de vida es equivalente a la suma de las condiciones de vida medibles objetivamente en un individuo, como es la salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. Definiciones de este tipo llevan a error debido a que los estándares con los que se evalúa son distintos dependiendo de cada individuo y de la sociedad.<sup>(29)</sup>

- Satisfacción con la vida: la calidad de vida es considerada como un sinónimo de satisfacción personal, de modo que la vida sería el sumatorio de la satisfacción en los diferentes dominios de la vida. Este tipo de definiciones también llevan a error al no valorar las condiciones externas de vida y centrando el principal foco de interés en el bienestar subjetivo.<sup>(29)</sup>

- Condiciones de vida más satisfacción con la vida: desde esta perspectiva, en el bienestar general quedarán reflejados, mediante las condiciones de vida establecidas objetivamente, los indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, sumando los sentimientos subjetivos sobre cada área. De este modo se aparta la disputa acerca de considerar la calidad de vida desde un punto de vista netamente objetivo o desde uno subjetivo. Parte de la varianza de la calidad de vida lograda por las personas se basa en que los individuos, dependiendo de la significación que le otorguen y los estándares de comparación, pueden valorar más una cosa que otra.<sup>(29)</sup>

- Valores: la calidad de vida es definida como un estado de bienestar general junto con el desarrollo personal y de actividades mediadas por los valores personales. Acorde a este concepto, cualquier cambio que se produzca en los valores, provocará otros cambios bajo un proceso dinámico. En esta categoría podría incluirse la definición planteada por la OMS, donde se define la Calidad de Vida como “*la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses*”.<sup>(29)</sup>

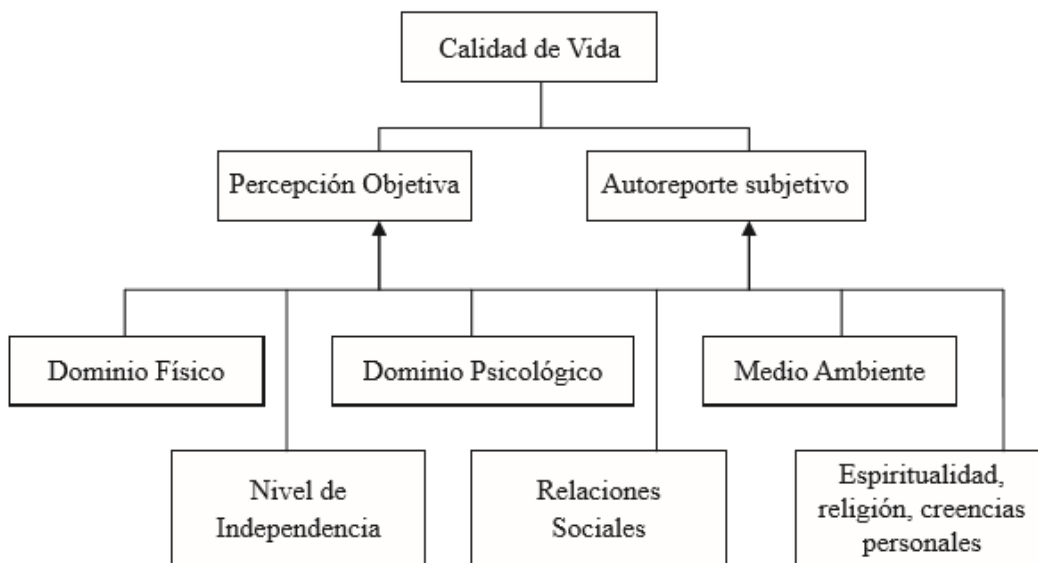


Figura 1. Diagrama del modelo conceptual de la OMS

- Evaluación: el nivel de calidad de vida percibido por un individuo estaría relacionado con la evaluación que el individuo hace, tanto de sus condiciones objetivas de vida, como del grado de satisfacción con cada una de ellas.<sup>(29)</sup>

Como bien se puede observar, no existen criterios únicos para definir la calidad de vida sin embargo, todas las definiciones tienen patrones comunes como bienestar, satisfacción, multidimensional, objetivo, subjetivo, que proporcionan un marco común a la diversidad de definiciones.<sup>(29)</sup>

A la ausencia de dichos criterios se ha de sumar la necesidad de distinguir calidad de vida de otros conceptos como satisfacción con la vida, estado funcional, bienestar o estado de salud. De este modo, la especificidad de la evaluación de la Calidad de Vida en áreas concretas de la vida de los individuos, ha permitido el desarrollo de conceptos secundarios, como lo es la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS).<sup>(29)</sup>

En el área de la salud, este concepto se popularizó a partir de los años ochenta, cuando se produjeron cambios en los perfiles epidemiológicos de morbilidad empezando a notarse de forma drástica en algunos países desarrollados, con el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas en porcentajes cada vez mayores de sus habitantes. Esto hizo que surgiera la expresión “calidad de vida relacionada con la salud” a finales de la misma década. Esta expresión se utilizó para referirse a investigaciones de estudios de poblaciones con algún nivel de minusvalía como resultado de la cronificación de algunas enfermedades y/o accidentes.<sup>(30)</sup>



La calidad de vida en el ámbito de la salud puede ser definida como “la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar o satisfacción en diversos dominios de la vida, considerando el impacto que en estos ha podido provocar una enfermedad física o mental y sus consecuencias”.<sup>(27)</sup>

En la multidimensionalidad del concepto CVRS intervienen aspectos relacionados con tres componentes: uno individual relacionado con el estrés que supone la enfermedad para el paciente, uno de interacción relacionado con el apoyo social, y otro comunitario relacionado con el sentido de pertenencia.<sup>(31)</sup>

La CV se ha considerado un indicador progresivo de la enfermedad y del pronóstico y está relacionada de manera importante con la salud. El cáncer de mama amenaza de manera significativa a las personas que lo padecen en distintas áreas y puede mostrar la pérdida del sentido de vida, decadencia de las actividades diarias, y provocar estados emocionales negativos.<sup>(27, 32)</sup>

“La evaluación de la calidad de vida en oncología se lleva a cabo valorando diferentes áreas clave: protocolos de tratamientos (ensayos clínicos), los servicios de oncología de un hospital, un modelo para la atención de un grupo particular de pacientes (ej: los cuidados paliativos, el seguimiento de pacientes tras el alta) o la práctica clínica diaria. En todas estas áreas, la calidad de vida es reconocida como una de las variables más importantes.”<sup>(33)</sup>

## **PROPÓSITO**

El cáncer de mama es uno de los problemas sociosanitarios más frecuentes, considerándose una enfermedad crónica por su historia natural de larga evolución y las posibilidades de recaída y de enfermedad avanzada.

Cada año, más de un millón de personas en el mundo son diagnosticadas de este tumor maligno, suponiendo una amenaza para la salud de la mujer por ser la principal causa de muerte. A lo largo de esta enfermedad se produce una gran diversidad de cambios tanto a nivel físico, como psicológico y emocional, cambios en la calidad de vida de las personas que la padecen. Por ello, la evaluación de la calidad de vida es uno de los pilares fundamentales en la atención al paciente oncológico.

El propósito de este trabajo es el de revisar los estudios publicados que puedan aportar evidencia científica respecto a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, reflejando su relación con diversos factores, y su repercusión en las diversas áreas de la vida de las mujeres que lo padecen.



## JUSTIFICACIÓN

Los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica podrían aportar beneficios a las mujeres con cáncer de mama en todo el proceso de su enfermedad; a los profesionales de la salud dedicados a la atención de pacientes de este perfil, ya que las necesidades emocionales de las mujeres, a menudo, no son satisfechas y tendrán en cuenta la importancia de una visión holística para la mujer enferma de cáncer de mama; y para la sociedad en general, que muchas veces es culpable de que las mujeres que padecen cáncer de mama o lo han padecido, se sientan estereotipadas por la secuelas de su impactante tratamiento.

También es beneficiario el entorno familiar y social de estas mujeres, al conocer los miedos y preocupaciones que ellas tienen relacionados con la enfermedad pudiéndolas ayudar a combatirlos.

Por otro lado, el ámbito laboral de las mujeres con esta enfermedad, o supervivientes de la misma, también podría beneficiarse de esta revisión bibliográfica, ya que las mujeres con cáncer de mama sufren un gran porcentaje de desempleo y dificultades en su reincorporación laboral.

## MATERIAL Y MÉTODO

**Diseño:** revisión de la literatura en diferentes bases de datos, en el período comprendido entre el año 2006 y Marzo de 2017.

**Estrategias de búsqueda:** para realizar esta revisión bibliográfica se ha utilizado como recurso el buscador PuntoQ, el portal de acceso y búsqueda de recursos electrónicos del Servicio de Biblioteca de la Universidad de La Laguna, con los criterios de inclusión establecidos (Tabla 1).

El **PuntoQ** permite a los miembros de la comunidad universitaria acceder a las bases de datos, revistas y libros electrónicos que adquiere la Universidad. Este buscador además, contiene recursos gratuitos seleccionados por la Biblioteca de la Universidad de La Laguna más los documentos del catálogo que son accesibles para cualquier persona.

Esta única herramienta permite, mediante una sencilla interfaz, realizar búsquedas simultáneas en una amplia variedad de recursos: bases de datos, revistas y libros electrónicos, catálogos de biblioteca, etc.

Se puede buscar solo en un tipo de recurso o hacerlo de forma global en todos, obteniendo una lista ordenada de resultados que se podrá filtrar por distintos criterios (autor, materia, fecha, idioma...). En el caso de documentos que estén disponibles online, a texto completo (otros solo permiten acceder a una parte del mismo), se obtiene un

enlace al mismo; de no ser así, se utiliza el servicio de préstamo interbibliotecario para el acceso a los artículos hallados.

Como tópicos de búsqueda se han utilizado: “cáncer de mama”, “neoplasias de la mama”, “calidad de vida”, “paciente oncológico”. Al realizar la búsqueda en PuntoQ se ha descartado “paciente oncológico” ya que la bibliografía obtenida no era relevante para esta revisión, centrándonos sobre todo en los artículos hallados al buscar “cáncer de mama” y “calidad de vida”.

Se han contabilizado un total de 632 artículos que cumplían con los tópicos de búsqueda establecidos. De estos se han descartado 602 por no cumplir algunos de los criterios mostrados en la Tabla 1, quedando, por tanto, un total de 30 artículos.

**Tabla 1:** Criterios para la inclusión de artículos

Criterios de inclusión	Palabras clave
	Período de búsqueda
	Idioma (Español e Inglés)
	Artículos que aporten evidencia científica
	Cáncer de mama
	Calidad de vida

**Tabla 2:** Recursos utilizados (PuntoQ) y Fuentes de información

Recursos utilizados en Punto Q	Fuentes de información
Ciencias de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Academic Search Complete (EBSCO)</li> <li>• CINAHL Complete (EBSCO)</li> <li>• Free E-Journals</li> <li>• Scielo</li> <li>• ScienceDirect – Revistas electrónicas (Elsevier)</li> </ul>
Recursos en español	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dialnet</li> <li>• Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC)</li> <li>• La Biblioteca Cochrane Plus- versión español</li> <li>• ScienceDirect – Revistas electrónicas (Elsevier)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red de Revistas Científicas de América</li> </ul>

Recursos en inglés	Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scielo (Scientific Electronic Library Online)</li> </ul>
--------------------	---

## RESULTADOS

A continuación se presentan diversos cuadros que recogen los hallazgos encontrados en esta revisión y permiten una mejor ilustración de los mismos así como su ubicación en las diferentes bases de datos consultadas:

- Artículos que cumplen los criterios de inclusión y fuentes de información donde han sido localizados (Tabla 3).
- Resumen de cada uno de los artículos seleccionados indicando título, autor/es, tipo de estudio, resultados y comentarios relevantes incluidos en los mismos (Tabla 4).

**Tabla 3:** Fuentes de información y hallazgos que cumplen los criterios de inclusión.

Fuente de información	Hallazgos
ScienceDirect- Revistas electrónicas (Elsevier)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de viaje y participación en el cribado del cáncer de mama en una región de alta dispersión poblacional.</li> <li>• Calidad de Vida en Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama en Diferentes Etapas Clínicas y su Asociación con Características Socio-Demográficas, Estados Co-Mórbidos y Características del Proceso de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</li> <li>• Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer.</li> <li>• Prevalencia de artralgias y mialgias en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con inhibidores de la aromatasa.</li> <li>• Reconstruction: Before or after postmastectomy radiotherapy? A systematic review of the literatura.</li> </ul>
Free E-Journals	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio transversal del tratamiento del cáncer de mama en España.</li> </ul>
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia.</li> <li>• Tendencia y distribución municipal de la</li> </ul>

	<p>incidencia de cáncer de mama en el área de salud de León.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El impacto de la exposición a plaguicidas sobre la incidencia de cáncer de mama. Evidencia en Costa Rica.</li> <li>• ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer?</li> </ul>
<p>Academic Search Complete (EBSCO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad y niveles séricos de estrógenos; importancia en el desarrollo precoz del cáncer de mama.</li> <li>• Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama.</li> <li>• Acciones instructivas en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama.</li> <li>• Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio.</li> <li>• Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia.</li> <li>• Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida en un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama.</li> <li>• Calidad de vida en cáncer de mama metastásico de larga evolución: La opinión de las pacientes.</li> </ul>
<p>CINAHL Complete (EBSCO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.</li> </ul>
<p>SCIELO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria.</li> <li>• La relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama.</li> <li>• Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro años o más con cáncer de mama, desde una perspectiva enfermera.</li> <li>• Factores relacionados con la no participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama.</li> <li>• Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama.</li> <li>• Persistencia de las Representaciones</li> </ul>

	Sociales del Cáncer de Mama.
Dialnet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de las pacientes con cáncer de mama sobre aspectos de ayuda en psicoterapia de grupo.</li> <li>• Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.</li> <li>• Sentimientos de mujeres sobre las alteraciones causadas por la mastectomía.</li> </ul>
Universidad Complutense de Madrid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una sesión psico-oncológica basada en el counselling y la psicología positiva.</li> </ul>
DOAJ Directory of Open Access Journals	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama.</li> </ul>
NLM National Institutes of Health	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Systematic Review of Morbidity Associated with Autologous Breast Reconstruction Before and After Exposure to Radiation Therapy- Are Current Practices Ideal?</li> </ul>

**Tabla 4:** Artículos que aportan evidencia científica a la revisión.

Artículo	Autor	Tipo de estudio	Resultados	Comentarios
Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama.	Leyva-Pescador Y, Solano-Arellano G, Labrador-Ortega L, Gallegos-Alvarado M, Ochoa-Estrada MC.	Artículo	Sí	El diagnóstico, tratamiento y recuperación de las mujeres con Ca mama genera situaciones estresantes, la forma en cómo se afrontan influye en la adaptación.
Percepción de las pacientes con cáncer de mama sobre aspectos de ayuda en psicoterapia de grupo.	Herrero O, Rodríguez E, Botella L, Corbella S, Gómez AM, Pacheco M.	Artículo	Sí	Los grupos de psicoterapia constituyen una de las modalidades de intervención más eficaces para la mejora de la calidad de vida de las mujeres con Ca mama.

Acciones instructivas en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama.	Menéndez Guerrero GE, Hidalgo Rodríguez Y, Frómeta Martínez AM.	Artículo	Sí	Conocer los factores de riesgo y realizar el autoexamen de mama es de vital importancia para prevenir el cáncer de mama.
Obesidad y niveles séricos de estrógenos; importancia en el desarrollo precoz del cáncer de mama.	Aguilar Cordero M <sup>ª</sup> J, González Jiménez E, García López P, Álvarez Ferre J, Padilla López CA.	Artículo	Sí	Se ha descrito una asociación estadísticamente significativa entre niveles séricos elevados de estrógenos en mujeres obesas y el desarrollo precoz del cáncer de mama.
Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama.	Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, Álvarez Ferre J, Padilla López CA, Mur Villar N, García López PA, et al.	Artículo	Sí	LM prolongada disminuye el riesgo y la incidencia del Ca mama especialmente en mujeres con antecedentes familiares y personales de riesgo para cáncer.
Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio.	Ruiz Lorente R, Rubio Hernández M <sup>ª</sup> C, Hernández Durán D, Tamayo Lien TG.	Artículo	Sí	El estadio clínico del Ca mama es el mejor indicativo para el pronóstico y los índices de supervivencia a los 5 años.
El impacto de la exposición a plaguicidas sobre la incidencia de cáncer de mama. Evidencia de Costa Rica.	Santamaría-Ulloa C.	Artículo	Sí	El Ca mama puede ser causado también por agentes exógenos, que actúan de una manera similar a las hormonas endógenas y dispararía la enfermedad.

Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria.	Rincón Fernández ME, Pérez San Gregorio MA, Borda Más M, Martín Rodríguez A.	Artículo	Sí	La reconstrucción mamaria se considera un procedimiento reversivo que restaura el bienestar psicológico y la imagen corporal de las pacientes.
Estudio transversal del tratamiento del cáncer de mama en España.	Grupo Español para el Desarrollo de la Farmacia Oncológica (GEDEFO)	Artículo	Sí	Se ha demostrado que cuando el tratamiento del cáncer se protocoliza se obtienen mejores resultados clínicos en términos de menor mortalidad y morbilidad.
Tendencia y distribución municipal de la incidencia de cáncer de mama en el área de salud de León.	García Martínez L, Pollán Santamaría M, López-Abente G, Sánchez Jacob M <sup>ª</sup> M, García Palomo A, González Martínez R, et al.	Artículo	Sí	El incremento del número de casos nuevos del Ca mama y de su incidencia es compatible con el envejecimiento de la población, el sedentarismo, la obesidad y los cambios en la exposición hormonal.
Tiempo de viaje y participación en el cribado del cáncer de mama en una región de alta dispersión poblacional.	Borda A, Sanz B, Otero L, Blasco T, García-Gómez FJ, De Andrés F.	Artículo	Sí	La mamografía es actualmente el método más eficaz para la detección precoz del Ca mama, reducir la mortalidad y la carga de enfermedad.
Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia.	Parra Gómez CE, García Sánchez LV, Insuasty Enríquez J.	Artículo	Sí	La experiencia de vivir un tratamiento con marcados efectos secundarios afecta la dimensión psíquica de la persona cambiando sus creencias, sus deseos y las relaciones con las demás personas de su entorno inmediato.
La relación del				Existe una relación muy

Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama.	Mera PC, Ortiz M.	Artículo	Sí	importante entre las variables psicológicas optimismo y estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de las mujeres con Ca mama.
Calidad de Vida en Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama en Diferentes Etapas Clínicas y su Asociación con Características Socio-Demográficas, (cont.) Estados Co-Mórbidos y Características del Proceso de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	Sat-Muñoz D, Contreras-Hernández I, Balderas-Peña L.M, Hernández-Chávez G.A, Solano-Murillo P, Mariscal-Ramírez I, et al.	Artículo	Sí	Al mejorar el diagnóstico y la detección temprana del Ca mama, la supervivencia se incrementa, y los efectos conjuntos de la enfermedad y el tratamiento sobre la calidad de vida se vuelven cada vez más importantes para las pacientes.
Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.	Hernández Moreno F, Landero Hernández R.	Artículo	Sí	El pesimismo y el ánimo depresivo se pueden asociar con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud.
Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.	Pastells Pujol S, Font Guiteras A.	Artículo	Sí	El optimismo disposicional permitiría predecir la calidad de vida que tendrá la persona afectada de Ca mama en el momento del diagnóstico y en el período posterior.
Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer.	García García A.A, Lucio Gómez-Maqueo M <sup>o</sup> .E	Artículo	Sí	Independientemente de los recursos de cada individuo, el diagnóstico de una enfermedad crónica como lo es el cáncer resulta una experiencia traumática y desestabilizadora.
Calidad de vida en	Ruiz Carreño P,	Artículo	Sí	Es una obligación ética y



<p>mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perspectiva enfermera.</p>	<p>Almansa Martínez M<sup>a</sup>.P.</p>			<p>moral de cada uno de los profesionales de la salud actuar en forma global, coordinada y eficiente en la búsqueda de un mayor bienestar para quienes padezcan esta enfermedad.</p>
<p>Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una (cont.) sesión psico-oncológica basada en el counselling y la psicología positiva.</p>	<p>Vila Sánchez L, Font Guiteras A, Caba Vela L.</p>	<p>Artículo</p>	<p>Sí</p>	<p>El Ca mama se considera una enfermedad crónica que demanda una adaptación psicológica por parte de las pacientes, que están expuestas a situaciones potencialmente muy estresantes.</p>
<p>¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer?</p>	<p>Sánchez R, Sierra F.A, Martín E.</p>	<p>Artículo</p>	<p>Sí</p>	<p>Los médicos no detectan aspectos que para el paciente son importantes al evaluar su CVRS, o en los que se encuentran discrepancias entre la calificación dada a la calidad de vida.</p>
<p>Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia.</p>	<p>Salas Zapata C, Grisales Romero H.</p>	<p>Artículo</p>	<p>Sí</p>	<p>La calidad de vida es un tema complejo que debe ser analizado con un enfoque más abarcador, que parta de lo que piensa y siente el paciente y permita identificar factores que puedan ser modificados para mejorar su bienestar.</p>

Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama.	Martí Augé P, Mercadal Brotons M, Solé Resano C.	Artículo	Sí	La musicoterapia reduce los efectos de los estímulos nocivos mientras que eleva el estado anímico y los sentimientos de confort y sensación de control.
Calidad de vida en cáncer de mama metastásico de larga evolución: La opinión de las pacientes.	Falo Zamora C, Villar Abelló H, Rodríguez Bruzos E, Mena Cervignon M, Font Guiteras A.	Artículo	Sí	Las enfermas con metástasis son pacientes que presentan síntomas no resueltos, especialmente las pacientes con dolor y necesidades cotidianas no cubiertas.
Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama.	Izquierdo González M, González Pérez U, Alerm González A, Jáuregui Haza U.	Artículo	Sí	La tasa de morbilidad ha crecido más rápidamente que la mortalidad. Por ello, constituye un reto para nuestro sistema de salud, la rehabilitación física, psicológica y social de la mujer y su familia.
Prevalencia de artralgias y mialgias en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con inhibidores de la aromatasa.	Téllez Bernal E, Falcón Flores O, Méndez Tamariz R.M, Zalapa Velásquez R, Aguilar Priego J.M, Mendoza López A.	Artículo	Sí	Las tasas de supervivencia a largo plazo son altas en las pacientes con Ca mama en etapa temprana que reciben AI. No obstante, las complicaciones derivadas de la terapia afectan a la calidad de vida de la paciente.
Persistencia de las representaciones sociales del Cáncer de Mama.	Giraldo Mora CV.	Artículo	Sí	La persistencia de las imágenes negativas del cáncer se asocia al mito de los estilos de vida, que responsabiliza al paciente.
Factores relacionados con la no participación	Barroso García P, Ruiz Pérez I,	Articulo	Sí	Los programas de detección precoz, junto

en el programa de detección precoz de cáncer de mama.	Puertas de Rojas F, Parrón Carreño T, Corpas Nogales E			con los avances diagnósticos y terapéuticos, han contribuido a un incremento de la supervivencia.
Reconstruction: Before or after postmastectomy radiotherapy? A systematic review of the literature	Berbers J, Baardwijk A, Houben R, Heuts E, Smitdt M, Keymeulen K, et al.	Revisión	Sí	Las pacientes con reconstrucción mamaria inmediata tienen mejor calidad de vida que las que se realizan una reconstrucción tardía.
A Systematic Review of Morbidity Associated with Autologous Breast Reconstruction Before and After Exposure to Radiation Therapy- Are Current Practices Ideal?	Kelley BP, Ahmed R, Kidwell KM, Kozlow JH, Chung KC, Momoh AO.	Revisión	Sí	Las complicaciones postoperatorias de la reconstrucción mamaria inmediata pueden provocar retrasos en el inicio de la radioterapia.
Sentimentos de mulheres sobre as alterações causadas pela mastectomia.	Abrantes de Sousa K, Gomes Nascimento Pinheiro MB, Costa Fernandes M, Pereira da Costa S, Costa de Oliveira EJ, Diógenes Silva I.	Artículo	Sí	A partir de la comprensión de los sentimientos, la enfermera puede construir un plan de atención adecuada a las necesidades de salud de las pacientes.

## DISCUSIÓN

En enfermedades crónicas como el cáncer de mama, la calidad de vida se considera un indicador de cómo la persona se siente y adapta a lo largo del proceso oncológico. <sup>(34)</sup>

La respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad o la supervivencia han sido los pilares tradicionales en los que se ha basado la evaluación de los tratamientos del cáncer. Fue a partir de los años 90 cuando estas medidas biomédicas se acompañaron de una evaluación del impacto de la enfermedad y de los tratamientos en la calidad de vida de los pacientes. <sup>(33)</sup>

La aceptación de que el cáncer es una enfermedad crónica es el primer paso en la experiencia de supervivencia. El miedo a la recidiva, ansiedad o preocupación persistente de amenaza de reaparición de la enfermedad y la incertidumbre respecto al futuro, provocan en la paciente una disminución de su calidad de vida.<sup>(4)</sup>

La valoración de la calidad de la vida es una intervención de gran provecho para ayudar a brindar los mejores cuidados, considerándose una de las intervenciones más importantes que se realizan con el paciente oncológico y su entorno.<sup>(33)</sup>

“Los estados emocionales influyen en la salud de manera directa, en el funcionamiento fisiológico, el reconocimiento de síntomas, la búsqueda de atención médica oportuna, así como también en la realización de conductas saludables y no saludables y en la percepción y recepción de apoyo social. Cuando una persona está bajo un estado de ánimo negativo, se convierte más vulnerable a enfermedades infecciosas, se eleva la percepción y reporte de síntomas y se reduce la búsqueda de atención médica oportuna.” Por ello el pesimismo y el ánimo depresivo se pueden asociar con un mayor efecto negativo del estrés en la salud.<sup>(32)</sup>

Los factores que se asocian con mayor frecuencia a una disminución en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama son: fatiga, menopausia y/o los síntomas de ésta, ambos relacionados con los tratamientos adyuvantes; así como alteraciones en la función cognitiva. Otros factores que a largo plazo impactan en la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama son la morbilidad psicológica, la no adaptación social y los problemas financieros.<sup>(35)</sup>

El optimismo disposicional, definido como “la expectativa generalizada de que van a ocurrir cosas positivas”, es otro factor que influye en la calidad de vida de las personas, de forma que hace que adopten una actitud de adaptación a la enfermedad oncológica y el mantenimiento y/o recuperación de la calidad de vida.<sup>(34)</sup>

Según Pastells Pujol S y Font Guiteras A las dificultades emocionales relacionadas con el cáncer es el aspecto de la calidad de vida más afectado, destacando entre ellas el miedo, la ansiedad y la depresión. En el ámbito familiar y social, la preocupación por los hijos, la pérdida de ilusión por las cosas y la insatisfacción social son los aspectos que interfieren en la calidad de vida de estas pacientes. En cuanto a síntomas físicos, son las dificultades para dormir y la astenia los que interfieren.<sup>(34)</sup>

Ambos demostraron en su estudio que existe una relación positiva entre el optimismo disposicional y la calidad de vida, de modo que aquellas mujeres con mayor optimismo disposicional presentan menos síntomas físicos y dificultades emocionales, muestran significativamente menos rabia, reportan menos dolor, tienen menos dificultades para moverse, se sienten menos cansadas, duermen mejor, siguen con sus

actividades cotidianas en casa, tienen más ilusión e interés por las cosas y sienten menos miedo. De modo inverso, el pesimismo se relaciona de forma significativa con la afectación o pérdida de calidad de vida, de forma que las mujeres pesimistas manifiestan mayor pérdida de calidad de vida. Sin embargo, aunque el optimismo disposicional es un factor protector de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, no evita el impacto de la enfermedad y de su tratamiento en la calidad de vida de las pacientes. <sup>(34)</sup>

El tipo de cirugía mamaria también influye de manera importante en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. Este hecho se confirma con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Rincón Fernández M.E, et al., en el que se estudiaron dos grupos de mujeres con cáncer de mama, uno de ellos constituido por pacientes sometidas a mastectomía unilateral y otro grupo formado por mujeres con reconstrucción mamaria postmastectomía. Se observó que la sintomatología ansiosa y depresiva era más frecuente en las mujeres mastectomizadas que en las pacientes reconstruidas. De igual forma, las mujeres con reconstrucción mamaria emplearon de forma más eficaz las estrategias de afrontamiento, manifestando un mayor “espíritu de lucha” y disfrutaron de una mayor calidad de vida mostrando un mejor funcionamiento físico, social, cognitivo y emocional que las mujeres mastectomizadas, en las que los patrones de afrontamiento se basaban en el “desamparo/desesperanza”, y en el “fatalismo”. <sup>(18)</sup>

Del mismo modo, Arrarás, JI. et al, comentan que los valores más elevados de calidad de vida los presentan aquellas mujeres en estadios iniciales de la enfermedad, en las que las diferencias entre el tipo de cirugía se daban a favor de la cirugía conservadora. Los tratamientos adyuvantes producían una afectación entre leve y moderada en aspectos específicos de la calidad de vida, tendiendo a recuperarse en el periodo de seguimiento. <sup>(33)</sup>

Igualmente, Vivar CG redacta en su artículo “Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes” un estudio comparativo llevado a cabo con un grupo de mujeres con lesión benigna y otro de supervivientes de cáncer de mama. En él se evaluó la existencia de diferencias en la calidad de vida y la imagen corporal según diagnóstico, edad y tipo de cirugía. Concluyó que la cirugía conservadora y la mastectomía radical con reconstrucción mamaria mejoraban la calidad de vida en las pacientes jóvenes, sin encontrar diferencias significativas en las mujeres mayores. Sin embargo, una investigación que comparó el impacto psicológico en supervivientes con mastectomía, cirugía conservadora y reconstrucción mamaria, reveló diferencias significativas en la calidad de vida de las supervivientes relacionadas con el tipo de tratamiento quirúrgico

realizado. La imagen corporal era más favorable en caso de cirugía reparadora, mientras que las mujeres con mastectomía experimentaban un mayor estrés psicológico. Por otro lado, el grupo de mujeres con lesión benigna mostraba una percepción favorable de su imagen corporal en contraste con el grupo de supervivientes. Por el contrario, otro estudio comparativo entre supervivientes tratadas por un cáncer de mama en estadio II o III y mujeres de la población general sobre la percepción de la imagen corporal reveló que existían diferencias poco significativas entre ambos grupos. <sup>(4)</sup>

Por otro lado, Vivar CG indica también que a pesar de los avances de la cirugía en enfermedad mamaria, las mujeres a las que se les ha realizado una mastectomía, especialmente las jóvenes, pueden tener peor calidad de vida, ya que pueden sentirse emocionalmente afectadas por los cambios en su imagen corporal y feminidad. La pérdida de uno o ambos pechos puede hacer que se sientan menos atractivas, e incluso que experimenten baja autoestima, a lo que se puede añadir una de las complicaciones de la cirugía más frecuentes y limitantes como es el linfedema. La cuestión del embarazo es un área de especial preocupación para las supervivientes jóvenes, ya que la pérdida de potencial reproductivo puede afectar a su calidad de vida. <sup>(4)</sup>

López García MA et al, relatan en su artículo un procedimiento posterior a la cirugía mamaria que hace que las mujeres con cáncer de mama mejoren su autoestima, su confianza y la relación con el entorno: la micropigmentación. Consideran que la recuperación física y psicológica de la enfermedad no está lograda a pesar que la mujer haya recuperado su entorno corporal con la reconstrucción mamaria. Para ellas, la areola y el pezón son el culmen de la reconstrucción mamaria y la recuperación de la autoestima. Las mujeres vuelven a ser de nuevo ellas mismas, cómo eran antes de su enfermedad y sienten el proceso de la enfermedad finalizado. Es “la guinda del pastel”. <sup>(13)</sup>

Berbers J, et al., indican en su revisión que las pacientes que se realizan una reconstrucción mamaria inmediata refieren mejor calidad de vida que aquellas que se realizan una reconstrucción tardía. <sup>(36)</sup>

La adaptación y afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama es un proceso dinámico. Continuamente enfrentan múltiples desequilibrios que afectan en los modos físico-fisiológicos, independencia y autoconcepto. <sup>(37)</sup>

Para Mera PC y Ortiz M una mejor calidad de vida en mujeres con cáncer de mama se asocia con un elevado nivel de optimismo y con el uso de estrategias de afrontamiento activo, variables que ayudan a minimizar el miedo y la ansiedad asociados al diagnóstico y tratamiento del cáncer. A mayor nivel de optimismo las mujeres presentarán mejor vida psicológica, social y ambiental. <sup>(11)</sup>

El diagnóstico de cáncer y los continuos tratamientos también tienen un impacto en la vida familiar, y más concretamente en la relación de pareja. Ambos son pilares de apoyo fundamentales en toda la trayectoria de la enfermedad, sin embargo, pueden aparecer tensiones. El diagnóstico crea cambios emocionales en todos y cada uno de los miembros de la familia, e interrumpe roles y estilos de vida. Además, se añade otro factor de preocupación de las mujeres a que sus hijas, por herencia genética, tengan mayores probabilidades de tener un cáncer de mama. <sup>(4)</sup>

El área laboral también se somete a cambios en mujeres con cáncer de mama. Su reincorporación al mundo laboral se ve afectada identificándose mayores tasas de desempleo entre supervivientes de cáncer. Son víctimas de discriminación laboral, se sienten infravaloradas y ello provoca que se retiren anticipadamente del mundo profesional. A la pérdida del estilo de vida previo que provoca un alejamiento de la vida social y las pérdidas económicas y repercusiones personales y familiares, se le suman los efectos psicológicos que conlleva la pérdida de trabajo, considerado como una fuente de autoestima. <sup>(4)</sup>

Por otro lado, las supervivientes de cáncer de mama también pueden sentirse emocionalmente afectadas por las secuelas físicas (mastectomía, linfedema, menopausia temprana, infertilidad), psicológicas (miedo a la recidiva y estrés emocional) y /o sociales (cambios familiares y laborales) que experimentan. <sup>(3)</sup>

Una mujer con cáncer de mama que haya finalizado todos los tratamientos oncológicos necesarios puede seguir teniendo problemas físicos y emocionales. Las mujeres que han sobrevivido al cáncer de mama presentan una serie de necesidades que en la mayoría de los casos no están cubiertas. Las pacientes manifiestan ansiedad y necesidades de apoyo relacionadas principalmente con cuestiones de cómo tratar la recidiva del cáncer. <sup>(3)</sup>

Ruiz Carreño P y Almansa Martínez MP demostraron en su estudio que la salud global de la mujer con cáncer de mama se puede ver afectada por diversos motivos, siendo los responsables de una disminución de la calidad vida. En cuanto a los síntomas comprobaron que el insomnio y los síntomas del brazo (dolor, hinchazón y/o dificultad para levantarlo o moverlos a los lados) son las dimensiones que más afectan a las pacientes, alejándolas de una buena calidad de vida. En la escala funcional observaron que son el placer sexual y las perspectivas de futuro las dimensiones más alteradas, y las que más afectan por tanto, a la calidad de vida. <sup>(38)</sup>

El estatus social, el nivel de escolaridad y el estado civil de una mujer con cáncer de mama también interfieren en su calidad de vida. Según Salas Zapata C y Grisales Romero H las pacientes con un nivel de escolaridad elevado, un nivel socioeconómico

alto, sin parejas y afiliadas al régimen contributivo en salud presentan los niveles más altos de calidad de vida. En cuanto al apoyo moral por parte de familiares y amigos, las pacientes que lo percibían como soporte para afrontar las dificultades del diagnóstico notificaron una mejor calidad de vida que las que no lo percibían. Las pacientes a las que las creencias personales o espirituales les proporcionaban una gran fortaleza para hacer frente a la enfermedad tenían también una mejor calidad de vida que aquellas que tenían pocas o ninguna creencia de este tipo. <sup>(39)</sup>

Igualmente, Sánchez R et al., en su estudio que tenía como objetivo evaluar el concepto de calidad de vida desde la perspectiva del paciente con cáncer, observaron que para las pacientes con cáncer de mama los conceptos centrales se relacionan con el ambiente familiar, la disponibilidad de tratamiento y aspectos espirituales. <sup>(31)</sup>

Por otro lado, Falo Zamora C et al., observaron en su estudio sobre mujeres con cáncer de mama metastásico que el tratamiento mejora la calidad de vida en un 62,5% de las pacientes entrevistadas. La mayoría de ellas se conformaban con que el tratamiento detuviera la enfermedad, un porcentaje menor con mejorar y en algún caso curarse, considerando que el beneficio del tratamiento compensa el malestar que generan los efectos secundarios. También observaron que el cansancio limita la calidad de vida porque no pueden hacer las actividades que hacían antes, han tenido que dejar sus trabajos, las tareas domésticas e incluso las aficiones que tenían anteriormente a la enfermedad. Otros problemas que refirieron las pacientes de este estudio son el miedo y la ansiedad, no obstante, calificaron la pérdida de autonomía como el aspecto que más empeora su calidad de vida. <sup>(40)</sup>

Del mismo modo observaron que, la preocupación principal de las pacientes con lesiones o localizaciones metastásicas, es la familia, especialmente los hijos, y que actividades como salir de casa a pasear o tener una rutina disminuyen el malestar emocional de las pacientes, el cual no comparten con nadie la mayoría de las mujeres, siendo la familia y los amigos con quienes a veces comparten ese malestar en un porcentaje menor de las mujeres entrevistadas. En cuanto a si la enfermedad ha aportado algún aspecto positivo a sus vidas, las mujeres en general consideran que la enfermedad no mejora en ningún aspecto su calidad de vida, pero sí que les ha aportado algún aspecto positivo, como tener más tiempo para dedicarles a sus hijos, ser más consideradas con los problemas ajenos, más sensibles a las necesidades de los otros y tener más calidad humana. <sup>(40)</sup>

Téllez Bernal E et al., también confirman en su estudio la relación entre los efectos del tratamiento y la disminución de la calidad de vida de las pacientes. En este caso se centraron en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con inhibidores de la



aromatasa y observaron que hay una elevada prevalencia de pacientes con artralgias y mialgias tras la toma de este tratamiento adyuvante. <sup>(41)</sup>

Una intervención que ayuda de manera significativa a las mujeres con cáncer de mama y por tanto a mejorar su calidad de vida es la visita psico-oncológica. En el estudio que realizó Vila Sánchez L et al., se observó que la emoción experimentada con más intensidad antes de la visita es el nerviosismo, seguido por la tristeza, el miedo y la rabia, los cuales disminuyeron su intensidad después de la visita. Por otro lado, se demostró que un elevado porcentaje de mujeres se sienten animadas, valientes, tranquilas, alegres, y con interés por las actividades cotidianas después de la visita. También es significativo el número de mujeres que pasan de estar preocupadas a despreocupadas, no obstante, asimismo se observó que la preocupación es el aspecto más difícil de manejar y cambiar mediante la psico-oncología. Asimismo observaron que las mujeres que acababan de recibir el diagnóstico experimentaban rabia, miedo y nerviosismo de forma más intensa que las pacientes que se encontraban en otro proceso de su enfermedad. En cuanto al cambio emocional favorable, éste es mayor en aquellas mujeres que se encontraban en la fase de tratamiento o seguimiento, y en las que ya habían acudido a la terapia psicológica anteriormente. <sup>(42)</sup>

Por tanto, con este estudio se demostró que la sesión psico-oncológica que aborda la experiencia global y subjetiva de las mujeres desde el counselling y la psicología positiva, tiene un impacto emocional favorable inmediato. Además de producirse un alivio del malestar emocional, las pacientes experimentan, después de la sesión, estados emocionales positivos, disminuyendo todas aquellas emociones que interferían en su calidad de vida. <sup>(42)</sup>

Del mismo modo Martí Augé P et al., demostraron en su estudio que otra intervención que ayuda de manera significativa a las mujeres con cáncer de mama, y concretamente, a las supervivientes del mismo es la musicoterapia. Observaron que ésta produce un cambio positivo en el estado de ánimo de las pacientes, no sólo en cuanto a disminuir su malestar emocional durante la sesión, sino también a lo largo del tratamiento, proporcionándoles una mejor calidad de vida. <sup>(43)</sup>

Otra gran intervención que ayuda a las mujeres con cáncer de mama es la consulta de enfermería. Capllonch Teba V relata en su artículo que los “cuidados de soporte” que engloban todos aquellos aspectos de la atención sanitaria, preventivos y terapéuticos, que cubren las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente con cáncer, en este caso de la paciente con cáncer de mama, son brindados por las enfermeras y tienen como principal objetivo brindar cuidados de enfermería orientados a mejorar su calidad de vida. <sup>(8)</sup>

En la consulta de enfermería la paciente disfrutará de una atención individualizada que permitirá solucionar los problemas reales derivados del tratamiento y un abordaje eficiente no sólo físico sino también psicológico. <sup>(8)</sup>

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El pronóstico a largo plazo para las pacientes con cáncer de mama ha mejorado significativamente en las últimas décadas, en particular para las diagnosticadas de forma precoz. No obstante, se debe seguir investigando para mejorar los conocimientos y disponer de nuevas herramientas diagnósticas y opciones terapéuticas, ya que los profesionales prestan mayor atención al control de los síntomas, ignorando la mayoría de veces las necesidades psicosociales, sin cuestionarse por tanto, la calidad de vida de las pacientes.

A pesar de la calidad y eficiencia del sistema sanitario español en la asistencia oncológica, se requieren mejoras como el desarrollo de un modelo de asistencia dirigido al grupo, cada vez mayor, de pacientes en la fase de larga supervivencia. El enfoque actual se basa en la detección de una recidiva y el tratamiento de los efectos secundarios de las terapias oncológicas. Sin embargo, no se conoce un modelo para el manejo integral de las secuelas que puedan presentar las mujeres en la etapa de supervivencia.

En la actualidad, las intervenciones dirigidas a este perfil de paciente oncológico se reducen en la mayoría de los casos a la detección de una recidiva, al alivio de los síntomas y a la detección de posibles efectos adversos agudos producidos por las terapias. Por ello, resulta prioritario desarrollar un seguimiento más exhaustivo que valore, además de los efectos físicos, la repercusión de éstos y de los posibles efectos psicosociales en la vida de las pacientes, determinando de esta manera el nivel de calidad de vida.

Los estudios revisados demuestran una carencia de la evaluación de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama ó supervivientes del mismo. La valoración de la influencia de todo el proceso de la enfermedad y del impacto psicosocial en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama es todavía una labor pendiente en nuestro sistema de salud. Se debe fomentar el enfoque integral de la persona y sus dimensiones: salud física, mental, emocional y espiritual.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Martín M, Herrero A, Echevarría I. El cáncer de mama. ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura. 2015; 191 (773): a234
2. García Viniegras CRV, González Blanco M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia). 2007; 25: 72-80.
3. Herrero O, Rodríguez E, Botella L, Corbella S, Gómez AM, Pacheco M. Percepción de las pacientes con cáncer de mama sobre aspectos de ayuda en psicoterapia de grupo. Análisis y Modificación de Conducta. 2010; 36 (153-154): 43-62.
4. Vivar CG. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. Aten Primaria. 2012; 44 (55): 288-92.
5. Borda A, Sanz B, Otero L, Blasco T, García Gómez FJ, De Andrés F. Tiempo de viaje y participación en el cribado del cáncer de mama en una región de alta dispersión poblacional. Gac Sanit. 2011; 25 (2): 151-6.
6. Marzo Castillejo M. El cribado de cáncer de mama. ¿Debe seguir todo igual? Aten Primaria. 2014; 46 (6): 273-5.
7. Marzo Castillejo M, Melús Palazón E, Bellas Beceiro B y Grupo de expertos de cáncer del PAPPS de semFYC. Recomendaciones para el cribado del cáncer de mama con mamografías en población de riesgo medio. Actualización PAPPS 2012. Aten Primaria. 2012; 44 (6): 366-7.
8. Capllonch Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. Inquietudes. 2015; (49): 35-43.
9. Grupo Español para el Desarrollo de la Farmacia Oncológica (GEDEFO). Estudio transversal del tratamiento del cáncer de mama en España. Farm Hosp. 2008; 32 (3): 139-47.
10. Parra Gómez CE, García Sánchez LV, Insuasty Enríquez J. Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2011; 40 (1): 65-84.
11. Mera PC, Ortiz M. La relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. Terapia psicológica. 2012; 30 (3): 69-78.
12. Giraldo Mora CV. Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. Rev salud pública. 2009; 11 (4): 514-25.

13. López García MA, Hernández Sánchez MD, Chantar Ruiz L, Muñoz García C. Micropigmentación. Pinceladas de autoestima tras el cáncer de mama. *Inquietudes*. 2015; (49): 44-9.
14. Sánchez Sánchez T. Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicólogo*. 2015; 36 (1): 62-73.
15. Sousa KA, Pinheiro MBGN, Fernandes MC, Pereira da Costa S, Costa de Oliveira EJ, Diógenes Silva I. Sentimentos de mulheres sobre as alterações causadas pela mastectomía. *Rev Fund Care*. 2016; 8 (4): 5032-8.
16. Sepúlveda S. Reconstrucción mamaria. *Rev Med. Clin. Condes*. 2016; 27 (1): 65-75.
17. Kelley BP, Ahmed R, Kidwell KM, Kozlow JH, Chung KC, Momoh AO. A Systematic Review of Morbidity Associated with Autologous Breast Reconstruction Before and After Exposure to Radiation Therapy- Are Current Practices Ideal? *Ann Surg Oncol*. 2014; 21 (5): 1732-8.
18. Rincón Fernández ME, Pérez San Gregorio MA, Borda Más M, Martín Rodríguez A. Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria. *Cir. plást. Ibero-latinoam*. 2010; 36 (4): 359-68.
19. Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, Álvarez Ferre J, Padilla López CA, Muer Villar N, García López PA, et al. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*. 2010; 25 (6): 954-8.
20. Menéndez Guerrero GE, Hidalgo Rodríguez Y, Frómeta Martínez AM. Acciones instructivas en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 37 (4): 541-50.
21. Barroso García P, Ruiz Pérez I, Puertas de Rojas F, Parrón Carreño T, Corpas Nogales E. Factores relacionados con la no participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama. *Gac Sanit*. 2009; 23 (1): 44-8.
22. Ruiz Lorente R, Rubio Hernández MC, Hernández Durán D, Tamayo Lien TG. Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio. *Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 37 (3): 349-58.
23. García Martínez L, Pollán Santamaría M, López Abente G, Sánchez Jacob MM, García Palomo A, González Martínez R, et al. Tendencia y distribución municipal de la incidencia de cáncer de mama en el área de salud de León. *Revista Española de Salud Pública*. 2014; 88 (2): 261-9.
24. Santamaría Ulloa C. El impacto de la exposición a plaguicidas sobre la incidencia de cáncer de mama. *Evidencia de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica*. 2009; 7(1): 1- 34.

25. Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, García López P, Álvarez Ferre J, Padilla López CA. Obesidad y niveles séricos de estrógenos; importancia en el desarrollo precoz del cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*. 2012; 27 (4): 1156-9.
26. García Arenzana N, Navarrete Muñoz EM, Vásquez Carrete JA, Moreno MP, Vidal C, Salas D, et al. Cumplimiento de las recomendaciones dietéticas vigentes y variabilidad geográfica de la dieta en mujeres participantes en 7 programas de cribado de cáncer de mama en España. *Nutr Hosp*. 2011; 26 (4): 863-73.
27. García García AA, Lucio Gómez Maqueo ME. Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2016; 15 (1): 3-9.
28. Izquierdo González M, González Pérez U, Alerm González A, Jáuregui Haza U. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. *Rev haban cienc méd La Habana*. 2008; 7 (2): 0-11.
29. Urzúa M A, Caqueo Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 2012; 30 (1): 61-71.
30. Vinaccia Alpi S, Margarita Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Colomb Cancerol*. 2010; 14 (4): 187-8.
31. Sánchez R, Sierra FA, Martín E. ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2015; 33 (3): 371-85.
32. Hernández Moreno F, Landero Hernández R. Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *SUMMA PSICOLÓGICA UST*. 2014; 11 (1): 99-104.
33. Arrarás JI, Arias de la Vega F, Illarramendi JJ, Manterola A, Salgado E, Domínguez MA, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2011; 34 (1): 9-20.
34. Pastells Pujol S, Font Guiteras A. Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 2014; 11 (1): 19-29.
35. Sat Muñoz D, Contreras Hernández I, Balderas Peña LMA, Hernández Chávez GA, Solano Murillo P, Mariscal Ramírez I, et al. Calidad de Vida en Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama en Diferentes Etapas Clínicas y su Asociación con Características Socio-Demográficas, Estados Co- Mórbidos y Características del Proceso de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value in health*. 2011; 14(5): 133-6.

36. Berbers J, Baardwijk A, Houben R, Heuts E, Smitdt M, Keymeulen K, et al. Reconstruction: Before or after postmastectomy radiotherapy? A systematic review of the literature. *European Journal of Cancer*. 2014; (50): 2752-62.
37. Leyva Pescador Y, Solano Arellano G, Labrador Ortega L, Gallegos Alvarado M, Ochoa Estrada MC. Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *CUIDARTE. Revista de Investigación Escuela de Enfermería UDES*. 2011; 2 (2): 96-104.
38. Ruiz Carreño P, Almansa Martínez MP. Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perspectiva enfermera. *Index Enferm*. 2012; 21 (4). [Consultado 22 Marzo de 2017]; [7 p. aprox.]; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
39. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 28 (1): 9-18.
40. Faló Zamora C, Villar Abelló H, Rodríguez Bruzos E, Mena Cervignon M, Font Guiteras A. Calidad de vida en cáncer de mama metastásico de larga evolución: La opinión de las pacientes. *Psicooncología*. 2014; 11 (2-3): 313-31.
41. Téllez Bernal E, Falcón Flores O, Méndez Tamariz RM, Zalapa Velázquez R, Aguilar Priego JM, Mendoza López A. Prevalencia de artralgias y mialgias en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con inhibidores de la aromataasa. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2016; 15 (3): 116-20.
42. Vila Sánchez L, Font Guiteras A, Caba Vela L. Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una sesión psico-oncológica basada en el counselling y la psicología positiva. *Psicooncología*. 2016; 13 (2-3): 205-25.
43. Martí Augé P, Mercadal Brotons M, Solé Resano C. Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*. 2015; 12 (1): 105-28.

## ANEXO I

	Respuestas características cáncer de mama	Valor test
1	“el tiempo en el tratamiento que ha sido maravilloso, el tratamiento ha mejorado mi vida”.	2.399
2	“disfrutar de lo que tengo con amor para que así sea más llevadera mi permanencia en mis tratamientos”.	2.065
3	“verse una persona normal y sin enfermedades”.	1.985

**Figura 1.** Respuestas características cáncer de mama.

**Fuente:** Sánchez R, Sierra FA, Martín E. ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? Avances en Psicología Latinoamericana. 2015.

## ANEXO II



**Figura 2.** Funciones de la consulta de enfermería.

**Fuente:** Capllonch Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. Inquietudes. 2015.

### ANEXO III

Principales miedos
<ul style="list-style-type: none"><li>· Cambios en la imagen corporal.</li><li>· Dependencia para realizar actividades.</li><li>· No volver a estar como antes.</li><li>· Efectos secundarios de los tratamientos.</li><li>· Preocupaciones económicas.</li><li>· Cambios o pérdida de la pareja.</li><li>· Causar dolor y sufrimiento en el entorno familiar.</li><li>· Que el tratamiento no funcione.</li><li>· La aparición de nuevo tumor.</li><li>· Dolor y sufrimiento.</li><li>· Abandono por parte de familia o personal sanitario.</li><li>· El regreso a la vida cotidiana.</li><li>· La muerte.</li></ul>

**Figura 3.** Principales miedos relacionados con la radioterapia.

**Fuente:** Fuente: Capllonch Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. Inquietudes. 2015.



## ANEXO IV



**Figura 4.** Pezón pigmentado.

**Fuente:** López García MA, Hernández Sánchez MD, Chantar Ruiz L, Muñoz García C. Micropigmentación. Pinceladas de autoestima tras el cáncer de mama. *Inquietudes*. 2015.