



TRABAJO FIN DE GRADO

Ayudando a las mujeres mastectomizadas a luchar contra las secuelas psicológicas del cáncer de mama. Una revisión narrativa.

Laura Arias de Castro
Tutora: Dra. Laura Otero García
4º de Grado en Enfermería
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Madrid

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	11
Metodología.....	12
Resultados.....	15
<i>Tipos de intervenciones y/o terapias psicológicas que se llevan a cabo con mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas.....</i>	<i>17</i>
<i>Características de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas que participan en dichas intervenciones y qué papel juegan ellas en el desarrollo de las mismas.....</i>	<i>21</i>
<i>Profesionales que intervienen en la realización de este tipo de intervenciones valorando el rol que tiene cada uno de ellos en las mismas.....</i>	<i>23</i>
<i>Efecto de las distintas intervenciones psicológicas: cuáles de ellas son las que permiten obtener mejores resultados en las pacientes a nivel psicológico. Evaluación de las intervenciones.....</i>	<i>25</i>
Discusión	31
Conclusiones.....	34
Bibliografía.....	36
Anexos.....	42

RESUMEN

Introducción: la mastectomía sigue vigente como uno de los principales tratamientos del cáncer de mama con la gran repercusión que produce no solo a nivel físico, sino a nivel psicológico para gran parte de las mujeres que lo padecen.

Objetivos: el propósito de este Trabajo Fin de Grado es realizar una revisión narrativa sobre la evidencia existente acerca de las intervenciones y/o terapias psicológicas que se llevan a cabo por enfermeras/os u otras/os profesionales sanitarios con mujeres que han sido mastectomizadas.

Metodología: para llevar a cabo esta revisión narrativa se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden, Cinahl y PsycINFO seleccionando 24 de los 81 artículos hallados tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión y realizar una lectura crítica de los abstract.

Resultados: los resultados hallados mostraron gran variedad de intervenciones y/o terapias de tipo psicológico además de heterogeneidad en su metodología y en las y los profesionales encargados de realizarlas. Tanto las intervenciones encaminadas a tratar la depresión y la ansiedad como aquellas basadas en el empleo de la musicoterapia fueron las más empleadas.

Conclusiones: en la mayoría de los casos, las intervenciones obtuvieron resultados beneficiosos y mejoras en el área psicológica de las pacientes que se sometieron a las mismas. Se hace necesario realizar más estudios que traten aspectos como la imagen corporal y la sexualidad de las mujeres mastectomizadas, así como potenciar la participación del entorno socio-familiar de estas mujeres en las intervenciones llevadas a cabo.

Palabras clave: Mastectomía; Neoplasias de la Mama; Psicoterapia; Enfermería; Salud de la Mujer

ABSTRACT

Background: the mastectomy continues being one of the main treatments for breast cancer with the great impact it produces, not only physical consequences but psychologically for many of these women.

Objectives: The aim of this work is to make a narrative review of the evidence on interventions and/or psychological therapies performed by nurses or other health professionals with women who have undergone a mastectomy.

Methods: To carry out this narrative review, it was made a literature search on the databases Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden, Cinahl and PsycINFO, chosen 24 of the 81 articles were found after applying inclusion and exclusion criteria and make a critical reading of the abstract.

Results: The results showed a variety of psychological interventions in addition to heterogeneity in their methodologies and in the professionals for carrying them out. Interventions to treat depression and anxiety, and the use of music therapy were the most used.

Conclusion: In most cases, the interventions found in this review obtained beneficial results and improvements in the psychological area of the patients who received them. It is necessary to make more studies based on aspects such as body image and sexuality of women with mastectomies as well as enhance the participation of the women`s socio-familiar environment in these interventions.

Key words: Mastectomy; Breast Neoplasm; Psychotherapy; Nursing; Women`s Health

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, el cáncer es un “proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células que puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo; es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de “tumores malignos” o “neoplasias malignas””. Este crecimiento anormal e incontrolado de células se conoce como tumor, el cual puede llegar a invadir el tejido circundante, adhiriéndose y atravesando el endotelio vascular y linfático depositándose en otros órganos del cuerpo provocando lo que se conoce como “metástasis”, principal causa de muerte por cáncer.

El Instituto Nacional del Cáncer (NIH)² refiere que se trata de una enfermedad genética en la cual las mutaciones originadas en las células del organismo no se producen únicamente por factores heredados de los padres sino también debido a la exposición a distintos factores ambientales. Sin embargo, existen una serie de elementos influyentes en el proceso de génesis del cáncer que aumentan el riesgo de padecerlo sobre los que se puede realizar una intervención preventiva, como el tabaco, los factores alimentarios, el sobrepeso y la obesidad o el consumo de alcohol.

El cáncer constituye una de las mayores causas de morbilidad y la principal en mortalidad a escala mundial. Datos del año 2012³, informan de la existencia de 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer; mientras en los hombres los tipos de cáncer más prevalente son el de pulmón, colon, recto, estómago e hígado, en el sexo femenino encabeza la lista el **cáncer de mama**, seguido del de colon, recto, pulmón, cuello uterino y estómago, previéndose que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años, lo que equivaldría a 22 millones de casos anuales de cáncer en las próximas dos décadas.

Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) en su proyecto *GLOBOCAN 2012*⁴, **el cáncer de mama es el segundo cáncer más común en el mundo** y, con diferencia, el tipo de cáncer **más frecuente entre las mujeres**, tanto en las regiones más y menos desarrolladas (con unos pocos más casos en los países menos desarrollados (883.000 casos) que en las regiones más desarrolladas (794.000)) con un estimado de 1,67 millones de nuevos casos de cáncer diagnosticados en el año 2012 (25% de todos los

cánceres). Las tasas de incidencia varían casi cuatro veces a través de las regiones del mundo, las cuales van del 27 por 100.000 en África Medio y Asia del Este a 92 en América del Norte. El cáncer de mama se sitúa como la quinta causa de muerte por cáncer en general (522.000 muertes), y mientras es la causa más frecuente de muerte por cáncer en las mujeres en las regiones menos desarrolladas (324.000 muertes, el 14,3% del total), ahora es la segunda causa de muerte por cáncer en las regiones más desarrolladas (198.000 muertes, 15,4%), después del cáncer de pulmón. El rango de las tasas de mortalidad entre las regiones del mundo es menor que el de incidencia debido a la supervivencia más favorable del cáncer de mama en las regiones desarrolladas (alta incidencia), con tasas que van del 6 por 100.000 en Asia Oriental a 20 por 100.000 en África Occidental (Tabla 1).

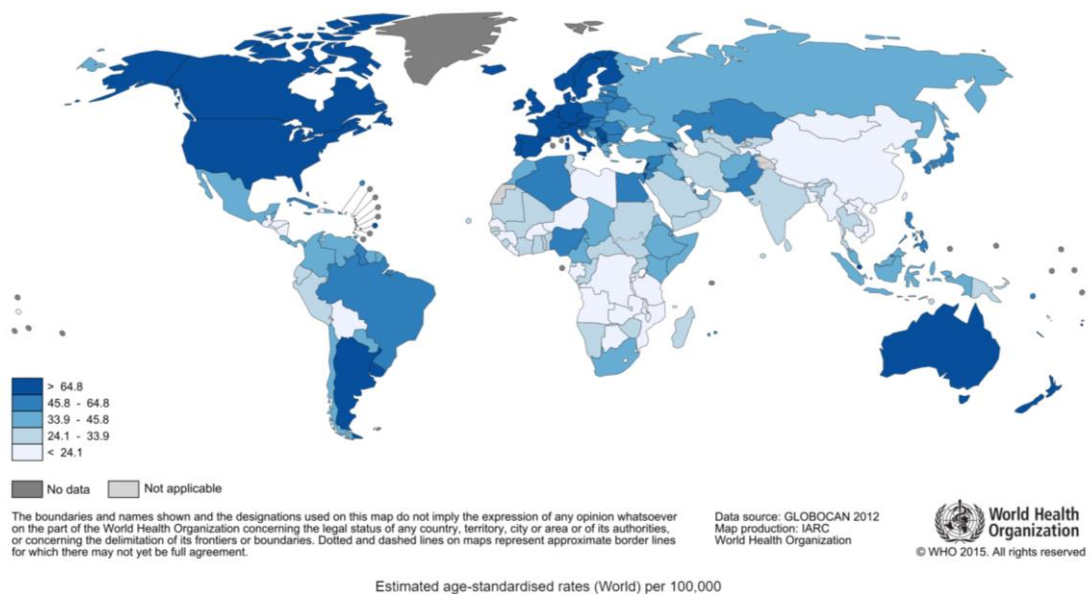
Tabla 1. Cáncer de mama. Incidencia estimada, Mortalidad y Prevalencia en todo el mundo en 2012

Número estimado (miles)	casos	muertes	Anterior a 5 años.
Mundo	1671	522	6232
Las regiones más desarrolladas	788	198	3201
Las regiones menos desarrolladas	883	324	3032
OMS región de África (AFRO)	100	49	318
región de la OMS Américas (OPS)	408	92	1618
región de la OMS del Mediterráneo Oriental (EMRO)	99	42	348
OMS región de Europa (EURO)	494	143	1936
OMS región de Asia Sudoriental (SEARO)	240	110	735
región de la OMS del Pacífico Occidental (WPRO)	330	86	1276
de miembros de la IARC (24 países)	935	257	3591
Estados Unidos de America	233	44	971
China	187	48	697
India	145	70	397
Unión Europea (UE-28)	362	92	1444

Fuente: Globocan 2012 (IARC). Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx ⁴

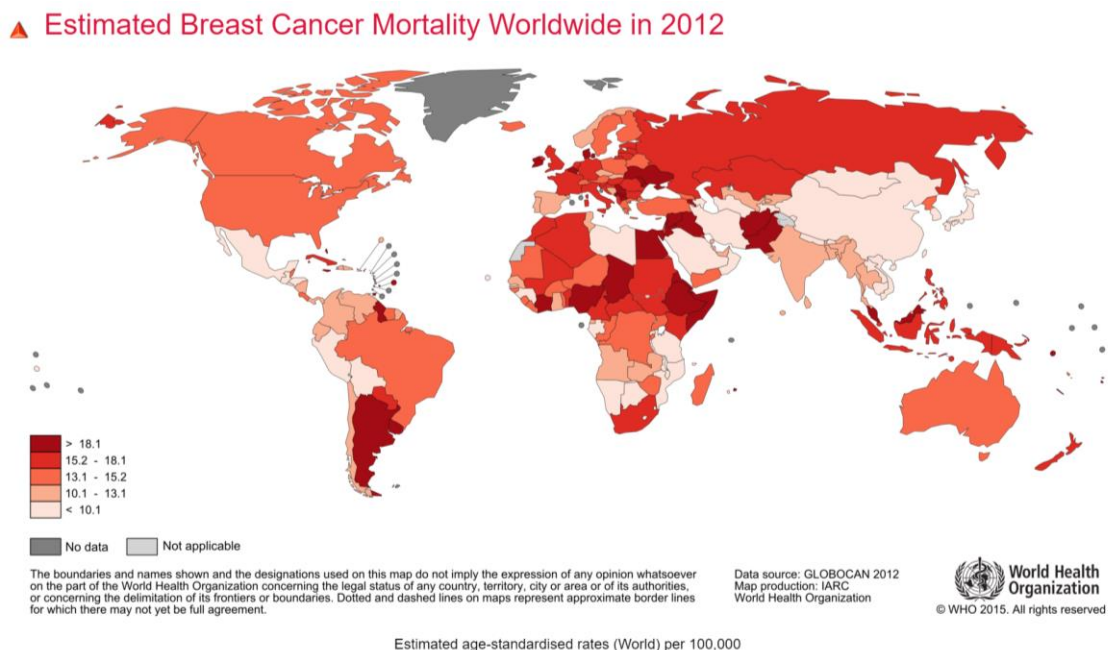
Figura 1. Mapa de Incidencia estimada de Cáncer de Mama en el Mundo en 2012

▲ Estimated Breast Cancer Incidence Worldwide in 2012



Fuente: Globocan 2012 (IARC). Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx ⁴

Figura 2. Mapa de Mortalidad estimada de Cáncer de Mama en el mundo en 2012



Fuente: Globocan 2012 (IARC). Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx ⁴

La IARC a través de *GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*⁵ (tabla 2) defiende que el cáncer de mama irá incrementándose dos veces más en los últimos 30 años y con una predicción en 2030 de representar 850000 muertes de mujeres en edad productiva, encontrándose más del 85% en un rango de 29 a 65 años de edad. Actualmente, la supervivencia media en la población mundial después de cinco años es de 61%; mientras en los países desarrollados se incrementa al 73%, en los países en desarrollo tan solo es del 57%.

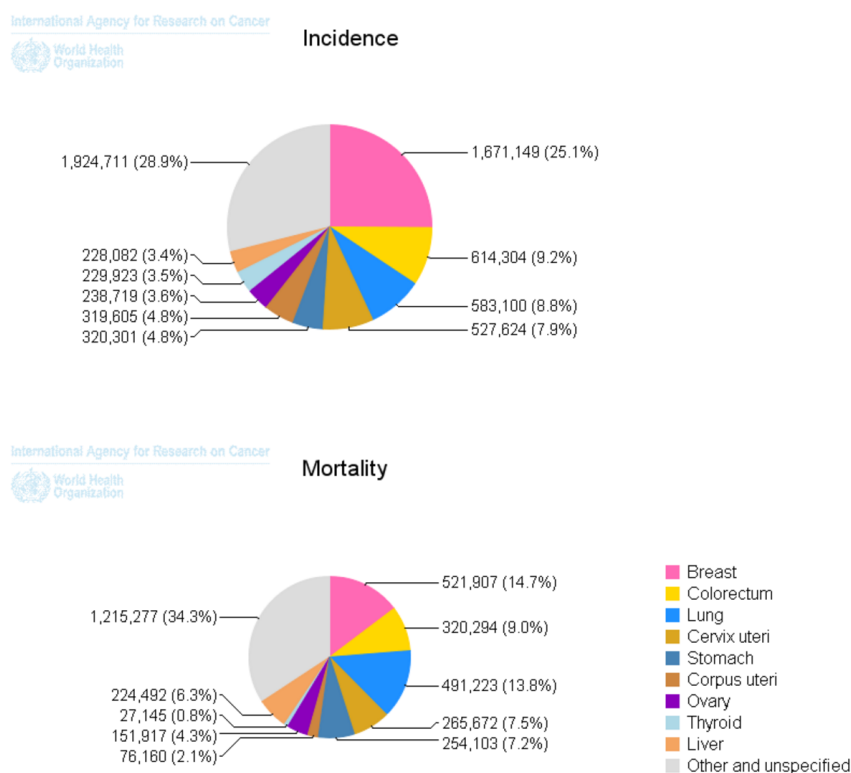
Tabla 2. Incidencia, Mortalidad y Prevalencia a los 5 años estimada: mujeres

Cancer	Incidence			Mortality			5-year prevalence		
	Number	(%)	ASR (W)	Number	(%)	ASR (W)	Number	(%)	Prop.
Lip, oral cavity	101398	1.5	2.5	47413	1.3	1.2	234992	1.4	9.1
Nasopharynx	25795	0.4	0.7	15075	0.4	0.4	66799	0.4	2.6
Other pharynx	27256	0.4	0.7	18507	0.5	0.5	58873	0.3	2.3
Oesophagus	132776	2.0	3.1	118952	3.4	2.7	127528	0.7	4.9
Stomach	320301	4.8	7.5	254103	7.2	5.7	507340	3.0	19.5
Colorectum	614304	9.2	14.3	320294	9.0	6.9	1590151	9.3	61.2
Liver	228082	3.4	5.3	224492	6.3	5.1	179825	1.0	6.9
Gallbladder	101257	1.5	2.3	82484	2.3	1.8	115278	0.7	4.4
Pancreas	159711	2.4	3.6	156564	4.4	3.4	97110	0.6	3.7
Larynx	18775	0.3	0.5	10115	0.3	0.2	53082	0.3	2.0
Lung	583100	8.8	13.6	491223	13.8	11.1	626382	3.7	24.1
Melanoma of skin	111481	1.7	2.8	24098	0.7	0.6	417080	2.4	16.1
Kaposi sarcoma	15225	0.2	0.4	9616	0.3	0.3	25058	0.1	1.0
Breast	1671149	25.1	43.1	521907	14.7	12.9	6232108	36.3	239.9
Cervix uteri	527624	7.9	14.0	265672	7.5	6.8	1547161	9.0	59.6
Corpus uteri	319605	4.8	8.3	76160	2.1	1.8	1216504	7.1	46.8
Ovary	238719	3.6	6.1	151917	4.3	3.8	586624	3.4	22.6
Kidney	123936	1.9	3.0	52604	1.5	1.2	326046	1.9	12.6
Bladder	99413	1.5	2.2	42033	1.2	0.9	301334	1.8	11.6
Brain, nervous system	116605	1.8	3.0	83006	2.3	2.1	152903	0.9	5.9
Thyroid	229923	3.5	6.1	27145	0.8	0.6	934805	5.4	36.0
Hodgkin lymphoma	27430	0.4	0.7	10006	0.3	0.3	80237	0.5	3.1
Non-Hodgkin lymphoma	168098	2.5	4.1	84266	2.4	2.0	369475	2.2	14.2
Multiple myeloma	51782	0.8	1.2	36928	1.0	0.8	104483	0.6	4.0
Leukaemia	151289	2.3	3.9	114150	3.2	2.8	216137	1.3	8.3
All cancers excl. non-melanoma skin cancer	6657518	100.0	165.2	3548190	100.0	82.9	17159060	100.0	660.5

Incidence and mortality data for all ages. 5-year prevalence for adult population only. ASR (W) and proportions per 100,000.

Fuente: GLOBCAN 2012. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx ⁵

Figura 3. Gráfico de Incidencia y Mortalidad estimada de los Cánceres más comunes: mujeres



Fuente: GLOBCAN 2012. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx ⁵

Contextualizando el cáncer de mama a nivel europeo y en nuestro país, continúa siendo la forma más común de cáncer en las mujeres europeas, representando el 28% del total en la región. Desde 1950 hasta finales de 1980, la mortalidad por cáncer de mama aumentó en todas partes en Europa, con la excepción de Noruega y Suecia. Tomando la región europea en su conjunto, sin embargo, las muertes por cáncer de mama alcanzaron su punto máximo en la década de 1990, con 14.74 muertes por cada 100 000 habitantes en 1994, cayendo a 13,01 por 100 000 en 2009 ⁶.

En España, los datos aportados por GLOBOCAN en el año 2012 revelan que, la incidencia de cáncer de mama entre las mujeres se sitúa en un 29% de todos los casos de cáncer, con 25215 casos ⁷ y una mortalidad del 15,5% del total de neoplasias en las mujeres y una suma de 6075 fallecimientos al año ⁸. Se estima una prevalencia a 5 años en las mujeres del 40,8% con un total de 104210 casos ⁹.

El cáncer de mama implica una situación que afecta física y psicológicamente de forma negativa a la calidad de vida de las mujeres. Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es durante el tratamiento debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo. Entre los diferentes tratamientos existentes para el cáncer de mama, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) define cuatro tipos¹⁰: tratamientos locales para tumores localizados (como la radioterapia y la cirugía) tratamientos sistémicos entre los que se encuentran la hormonoterapia y la quimioterapia, tratamientos adyuvantes (aplicados de forma profiláctica tras el primer tratamiento) y tratamientos neoadyuvantes, basados en la administración de un tratamiento sistémico antes de un tratamiento local con el objetivo de reducir el tamaño del tumor de forma previa a la cirugía.

La cirugía es la modalidad terapéutica más antigua empleada en el tratamiento del cáncer, pero **continúa siendo la primera opción de tratamiento** en los cánceres de mama en estadios precoces. Entre las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas (tumorectomía, cuadrantectomía, y mastectomía) **la mastectomía** ¹¹ es la más agresiva de todas ellas, pues consiste en la extirpación de la mama completa, con los efectos secundarios que esto conlleva: alteración de la imagen corporal, alteraciones en la movilidad del miembro superior y edema entre otros.

En los últimos años estas cirugías tan agresivas están intentando abandonarse para dar paso al empleo de la “cirugía conservadora”, que se reduce a la extirpación de lo estrictamente necesario para evitar que sea la mama completa. Aun así, la posibilidad de

llevar a cabo esta técnica depende de múltiples factores que deben valorar tanto el cirujano/a como la paciente, por lo que no siempre es posible su realización ¹¹.

Siguiendo a Martínez AE, Lozano A, Rodríguez AL, et al., en su artículo *Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía* ¹², culturalmente los senos son concebidos como símbolo de mujer, femineidad, capacidad reproductora, erotismo, sensualidad y sexualidad. Esta concepción es valorada por las mujeres de manera muy significativa; es por eso que, ante la pérdida de un seno, las consecuencias a nivel psicológico repercuten de manera drástica en la autoimagen puesto que física y visualmente constituye una deformidad importante. Esto hace que la probabilidad de que se desarrolle un mayor número de problemas psicológicos y sociales sea mayor, algo comprobado en diversos estudios donde se relaciona la mayor deformidad y disfunción de las mujeres con lo mencionado. El impacto que cause la mastectomía sobre la mujer, produciendo diferentes emociones e intensidad de las mismas, va a estar mediado por los estilos de afrontamiento con los que estas mujeres cuenten, pero es común que presenten sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal, frustración, tristeza, así como ansiedad y depresión entre otros muchos. Es común también, que estas pacientes presenten distorsiones cognitivas del área afectada, pues suelen magnificar el tamaño de las cicatrices provocando creencias disfuncionales relacionadas con la pérdida del atractivo personal, de su valor como persona y de la identidad sexual. Otro aspecto que se ve altamente alterado es la sexualidad, pues la aparición de trastornos sexuales y los conflictos maritales se dan de manera regular en estas mujeres. Sin embargo, la mayoría de estas problemáticas sexuales tienen un origen psicológico, ya que es más bien la ansiedad y la depresión que experimentan estas mujeres como consecuencia de la extirpación de un seno lo que repercute en sus actividades sexuales ¹².

Por todo esto, el apoyo psicooncológico es importante para que las pacientes aprendan nuevas habilidades de autorregulación emocional, cognitivas y conductuales que les permitan disminuir los efectos de estos cambios corporales y facilitar que puedan sentirse más cómodas consigo mismas y menos limitadas¹². Las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que se derivan del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama obligan a abordar la enfermedad desde una perspectiva interdisciplinar (médico, enfermera, psicólogo, fisioterapeuta, trabajador social etc.), abarcando no sólo el

momento del diagnóstico o los tratamientos, sino también después de los mismos, cuando la mujer tiene que enfrentarse de nuevo a su vida cotidiana ¹³.

Según Bados Lopez en su artículo *La intervención psicológica: características y modelos*¹⁴, la intervención psicológica consiste en la “aplicación de principios y técnicas psicológicas por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas”. Defiende además que la intervención psicológica no solo es llevada a cabo por psicólogos clínicos, sino también por otros/as profesionales como psiquiatras, trabajadores/as sociales y **enfermeras/os**. Haciendo alusión al papel que puede ejercer la Enfermería en el cuidado de estas mujeres, el Comité Internacional de Enfermería (CIE)¹⁵, defiende que la profesión enfermera debe adoptar medidas para poder tratar a todas estas mujeres dentro de su atención profesional, siendo unas de las prestaciones de cuidados la comunicación terapéutica, las relaciones interprofesionales, y la promoción de la salud. Por ello es necesario también conocer el papel y la implicación de la Enfermería en este abordaje interdisciplinar necesario para tratar a estas pacientes.

En base a lo mencionado, en concreto en España la AECC desarrolla desde el año 1987 un programa de atención integral conocido como “Mucho x vivir”¹⁶ dirigido a atender las necesidades psicológicas, sociales y de rehabilitación física de las pacientes operadas de cáncer de mama. Dicho programa, realizado por más de cien psicólogos a nivel nacional, incluye atención psicológica individual y grupal, atención social, actividades de ocio y tiempo libre e inserción laboral entre otras muchas intervenciones. Yélamos C, Montesinos F, Eguino A, et al., publicaron el artículo “*Mucho x vivir*”. *Atención psicosocial para mujeres con cáncer de mama*¹³, para hacer referencia al programa que se realiza desde la AECC con este mismo nombre. Los autores defienden que la elevada participación en esta intervención y la mejora en la calidad de vida de las mujeres gracias a ella mostrada por diferentes estudios realizados, avalan la necesidad de seguir llevándolo a cabo. Por eso, debido al buen resultado que ha generado este tipo de programas en mujeres con cáncer de mama sometidas a una cirugía mamaria, resulta necesario conocer qué otras intervenciones de tipo psicológico se llevan a cabo con ellas tanto en España como a nivel mundial en vista de las graves repercusiones que dicha cirugía produce a nivel psicológico.

OBJETIVOS

Objetivo general: conocer la evidencia científica que existe en relación a las intervenciones y/o terapias psicológicas que realizan los y las enfermeras u otros/as profesionales sanitarios a mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas.

Objetivos específicos:

- Describir qué tipo de intervenciones y/o terapias psicológicas se llevan a cabo con mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas.
- Conocer las características de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas que participan en dichas intervenciones y determinar el papel que juegan ellas en el desarrollo de las mismas.
- Conocer qué profesionales intervienen en la realización de este tipo de intervenciones valorando el rol que tiene cada uno de ellos en las mismas.
- Comprobar el efecto de las distintas intervenciones psicológicas y exponer cuáles de ellas son las que permiten obtener mejores resultados a nivel psicológico, explicitando para ello si las intervenciones han sido evaluadas.

METODOLOGÍA

El presente Trabajo Fin de Grado (TFG) utilizará la revisión narrativa para alcanzar los objetivos previamente planteados. Una **revisión narrativa**, también denominada “revisión de la literatura o del estado de la cuestión”, tiene como objetivo analizar y resumir la literatura sobre un tema en particular, tanto desde un punto de vista conceptual como metodológico, llevándose a cabo una interpretación y análisis crítico de la literatura desde el punto de vista de los autores/as ¹⁷.

La estudiante que presenta este TFG realizó una revisión bibliográfica empleando los siguientes MeSH: “psicoterapia”, “mastectomía” y “mastectomía” con el subencabezamiento “enfermería”, que, traducido a las bases de datos de lengua inglesa dio como resultado: “psychotherapy”, “mastectomy”, “mastectomy nursing”. En cuanto a los operadores booleanos se emplearon combinaciones con “OR” y “AND”, siendo la combinación resultante la siguiente: **“Psychotherapy” AND (“Mastectomy” OR “Mastectomy/nursing”)**.

Las bases de datos que se emplearon para realizar la búsqueda bibliográfica fueron las siguientes:

- **Pubmed:** recurso gratuito más importante desarrollado por el *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), permitiendo el acceso a Medline. Tiene una gran cobertura geográfica y temática y trata múltiples disciplinas entre las que se encuentran la Enfermería y la Medicina; además cuenta con una gran tipología de referencias documentadas, lo que permite obtener búsquedas muy completas ¹⁸.
- **Cochrane Plus:** aporta una gran variedad de literatura, especialmente revisiones sistemáticas, siguiendo siempre el principio de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE)¹⁸.
- **Cinahl:** se considera apropiado emplear esta base de datos ya que contiene especialmente documentos pertenecientes a la Enfermería (además de incluir otras ciencias afines) como tesis enfermeras y guías de práctica clínica, así como artículos de revistas de Enfermería principalmente ¹⁸.
- **Cuiden:** al igual que Cinahl, es una base de datos de Enfermería, lo que permite encontrar referencias que estén mucho más centradas en este campo. Además, es de acceso gratuito, lo que facilita su uso, y contiene producción perteneciente a

revistas españolas e iberoamericanas de Enfermería, permitiendo establecer búsquedas más concretas de ambos lugares ¹⁸.

- **PsycINFO:** se considera una base de datos muy apropiada y necesaria de emplear de acuerdo con la temática y el objetivo general de este Trabajo Fin de Grado, ya que contiene una gran variedad de artículos relacionados con la psicología y la psiquiatría.

Por último, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos:

Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión utilizados en esta revisión bibliográfica para la selección de artículos fueron aquellos que estuvieran escritos en castellano o inglés, que contemplaran intervenciones o terapias psicológicas en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas incluyéndose entre los mismos todo tipo de referencias posibles tales como revisiones bibliográficas y estudios cualitativos y clínicos y que fueran artículos publicados en los últimos diez años (2006-2016).

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos artículos que estaban escritos en idiomas distintos al castellano o al inglés, relacionados con pacientes que sufrían otra patología distinta al cáncer de mama (mastectomizadas) o que no contemplaban intervenciones y/o terapias de tipo psicológico, así como aquellos publicados hace más de diez años (antes de 2006).

Una vez desarrollada esta estrategia de búsqueda en las distintas bases de datos seleccionadas, se realizó un primer cribado de los mismos mediante una lectura de los resúmenes. Aquellos que contenían información que no cumpliera con los objetivos del trabajo, principalmente por no tratarse de intervenciones psicológicas y/o psicoterapias o porque el colectivo al que hacían referencia no eran mujeres con cáncer de mama a las que se había realizado una mastectomía fueron excluidos. Todos los artículos no seleccionados para realizar esta revisión narrativa, así como el motivo de su exclusión se han reflejado en una tabla (ver Anexo 1).

A continuación, se realizó un segundo cribado mediante una lectura crítica de los artículos restantes siguiendo *La Guía para la Lectura Crítica de Artículos Originales* (Anexo 2) elaborada por la Dra. Pilar Serrano Gallardo, quien nos facilitó dicha guía a las y los estudiantes del Grado de Enfermería que cursábamos la asignatura Metodología de la Investigación durante el tercer curso del Grado en Enfermería (UAM).¹

1

La alumna que desarrolla este TFG utilizó el servicio de Préstamo Interbibliotecario (PIB) que facilita la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), para conseguir siete de los artículos hallados en las bases de datos seleccionadas, ya que no era posible obtener una versión de los mismos por no encontrarse en los fondos tanto en papel como electrónicos de las Bibliotecas de la UAM (Universidad Autónoma de Madrid).

RESULTADOS

Con la estrategia de búsqueda descrita, se obtuvieron los siguientes resultados en las bases de datos empleadas: 56 resultados en Pubmed, 11 resultados en Cinahl, 0 resultados en Cuiden, 6 resultados en Cochrane Plus y 8 resultados en PsycINFO.

Es posible encontrar los artículos que forman parte de la revisión narrativa en la Tabla 3, los cuales están ordenados de la siguiente manera: aparecen todos los artículos que se han hallado en una misma base de datos ordenados cronológicamente (de año más reciente de publicación a año más antiguo de publicación) y, además, alfabéticamente según el apellido del que aparece como primer autor del artículo.

Tabla 3. Artículos que forman parte de la revisión narrativa

AUTORES	TÍTULO	REVISTA	AÑO PUBLICACIÓN	BASE DE DATOS
Elias AC, Ricci MD, Rodriguez LH, Pinto SD, Giglio JS, Baracat EC.	The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality).	Complementary Therapies in Clinical Practice	2015	PUBMED, CINAHL
Palmer JB, Lane D, Mayo D, Schluter M, Leeming R.	Effects of Music Therapy on Anesthesia Requirements and Anxiety in Women Undergoing Ambulatory Breast Surgery for Cancer Diagnosis and Treatment: A Randomized Controlled Trial.	American Society of Clinical Oncology.	2015	PUBMED
Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D, Xin X.	A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay.	European Journal of Oncology Nursing	2015	PUBMED
Cho HS, Davis GC, Paek JE, Rao R, Zhao H, Xie XJ, Yousef MG, Fedric T, Euhus DH, Leitch M	A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient.	Journal of clinical nursing	2013	PUBMED, CINAHL
Garssen B, Boomsma MF, Meezenbroek Ede J, Porsild T, Berkhof J, Berbee M, Visser A, Meijer S, Beelen RH.	Stress management training for breast cancer surgery patients.	Psycho-oncology	2013	PUBMED
Sudarshan M, Petrucci A, Dumitra S, Duplisea J, Wexler S, Meterissian S.	Yoga therapy for breast cancer patients: a prospective cohort study.	Complementary Therapies in Clinical Practice	2013	PUBMED
Freysteinson WM, Deutsch AS, Lewis C, Sisk A, Wuest L, Cesario SK.	The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy.	Oncology Nursing Forum	2012	PUBMED
Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, Thomas PW.	Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial.	Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Cancer	2012	PUBMED
Li XM, Zhou KN, Yan H, Wang DL, Zhang YP.	Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: a randomized clinical trial.	Journal of Advance Nursing	2012	PUBMED
Binns-Turner PG, Wilson LL, Pryor ER, Boyd GL, Prickett CA.	Perioperative music and its effects on anxiety, hemodynamics, and pain in women undergoing mastectomy.	AANA Journal	2011	PUBMED
Kovačić T, Kovačić M.	Impact of relaxation training according to Yoga In Daily Life® system on self-esteem after breast cancer surgery. Kovačić T1, Kovačić M.	Journal of Alternative and Complementary Medicine	2011	PUBMED
Li XM, Yan H, Zhou KN, Dang SN, Wang DL, Zhang YP.	Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial.	Breast Cancer Research and Treatment	2011	PUBMED
Zhou KN, Li XM, Yan H, Dang SN, Wang DL.	Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy.	Chinese Medical Journal	2011	PUBMED
de Almeida Araújo IM, da Silva RM, Bonfim IM, Fernandes AF.	Nursing communication in nursing care to mastectomized women: a grounded theory study.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2010	PUBMED, CINAHL, PsycINFO
Cho HS, Paek JU, Davis G, Fedric T.	Expanding the comfort of postmastectomy patients using the Papilla Gown.	Journal of nursing scholarship	2008	PUBMED
Kalaitzi C, Papadopoulos VP, Michas K, Vlasis K, Skandellakis P, Filippou D.	Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image, and psychological well-being.	Journal of Surgical Oncology	2007	PUBMED, COCHRANE PLUS
Romagosá-Albacar C, Garatea-Zubieta A, Inoriza JM.	Cuidados de enfermería a la mujer con patología mamaria: organización de una consulta específica	Enfermería Clínica	2007	PUBMED (obtenido por PIB)
Allard N	Day surgery and recovery in women with a suspicious breast lesion: evaluation of a psychoeducational nursing intervention.	Canadian Oncology Nursing Journal	2006	PUBMED (obtenido por PIB)
Koinberg I, Langius-Eklöf A, Holmberg L, Fridlund B.	The usefulness of a multidisciplinary educational programme after breast cancer surgery: a prospective and comparative study.	European Journal of Oncology Nursing	2006	PUBMED
Liu LN, Li CY, Tang ST, Huang CS, Chiou AF	Role of continuing supportive cares in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan.	Cancer Nursing	2006	PUBMED (obtenido por PIB)
Patenaude AF; Orozco S; Li X; Kaelin CM; Gadd M; Matory Y; Mayzel K; Roche CA; Smith BL; Farkas W; Garber JE	Support needs and acceptability of psychological and peer consultation: attitudes of 108 women who had undergone or were considering prophylactic mastectomy.	Psycho-Oncology	2008	CINAHL, PsycINFO
Qiu J, Chen W, Gao X, Xu Y, Tong H, Yang M, Xiao Z, Yang M	A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression.	Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology	2013	COCHRANE PLUS
Cruikshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dossier I, Dallas L	Enfermeras especialistas en la atención de la mama para la atención de apoyo a mujeres con cáncer de mama	The Cochrane Library	2007	COCHRANE PLUS
Stein, Mark J.	Experiential dynamic psychotherapies in the psychological treatment of a patient attending oncology services.	Theory and practice of experiential dynamic psychotherapy.	2012	PsycINFO (obtenido por PIB)

Por tanto, tal y como se refleja en la tabla 3, se realizó una revisión narrativa de **24** de los **81 artículos** hallados en las distintas bases de datos.

El análisis e interpretación de los artículos seleccionados fue un proceso complejo debido a la gran heterogeneidad de intervenciones y/o terapias psicológicas encontradas que se llevan a cabo con mujeres que padecen cáncer de mama y han sido sometidas a una mastectomía. Se hallaron diferentes técnicas de intervención tanto individuales como grupales en las que en prácticamente todos los casos se obtuvieron resultados beneficiosos y clínicamente significativos, en comparación con aquellos sujetos que no recibieron la intervención descrita en cada estudio, en aspectos como ansiedad, depresión, imagen corporal, capacidad en la toma de decisiones, autoestima, bienestar, además de mejoras y progresos en otros aspectos que no son objeto de estudio de esta revisión narrativa.

Se puede observar un ejemplo del análisis y la interpretación de algunos de los artículos incluidos en esta revisión narrativa en el Anexo 3.

Tipos de intervenciones y/o terapias psicológicas que se llevan a cabo con mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas.

Los estudios incluidos en esta revisión se caracterizan por presentar una gran heterogeneidad en el tipo de intervención y/o terapia psicológica que llevan a cabo con mujeres a las que se les había realizado una mastectomía, ya sea de tipo radical o cirugías menos agresivas, debido al cáncer de mama que padecían.

Sin embargo, seis de estos artículos coinciden^{19,20,21,22,23,24} y llevaron a cabo una intervención basada en el empleo de la **musicoterapia** para conseguir mejoras y avances en diferentes aspectos relacionados con la esfera psicológica de estas pacientes, como son la ansiedad, la depresión y el dolor. Todos ellos compartían la misma metodología para aplicar la intervención: facilitaron a las mujeres de su estudio un Mp3 cargado con una lista de reproducción que contenía una serie de canciones elegidas por varios profesionales, entre los que se encontraban un musicoterapeuta y en ocasiones algún oncólogo, siguiendo recomendaciones basadas en la literatura existente como la música recomendada por la *American Association of Music* (AMMT). Las mujeres fueron instruidas para escuchar esta música durante 30 minutos, en dos momentos del día, entre las 6:00 y 8:00 am y en un segundo periodo entre las 21:00 y las 23:00 pm.

Los autores Kalaitzi, Papadopoulos, Michas, *et al.*²⁵ realizaron un estudio en Grecia en el año 2007 basado en el empleo de la combinación de una intervención psicosexual con una terapia de pareja en mujeres a las que se les había realizado una mastectomía y a sus respectivas parejas para comprobar los efectos que esta intervención generaba en la sexualidad, la imagen corporal y el bienestar psicológico, tres aspectos considerados por múltiples autores y en concreto por los de este estudio, alterados en las mujeres después de una mastectomía. Esta intervención, realizada en seis sesiones de forma individual (mujer y su pareja), trataba aspectos entre los que se encontraban entrenar la comunicación con la pareja, explorar los sentimientos que la mastectomía generaba en la pareja, emociones e imagen corporal etc. Los autores concluyeron, en base a los resultados obtenidos, que se obtuvieron significativas mejoras en aspectos como la depresión y la ansiedad, imagen corporal, satisfacción con las parejas, atractivo y femineidad, así como mejoras en la frecuencia de orgasmos y la comunicación de deseo sexual de estas mujeres a sus parejas.

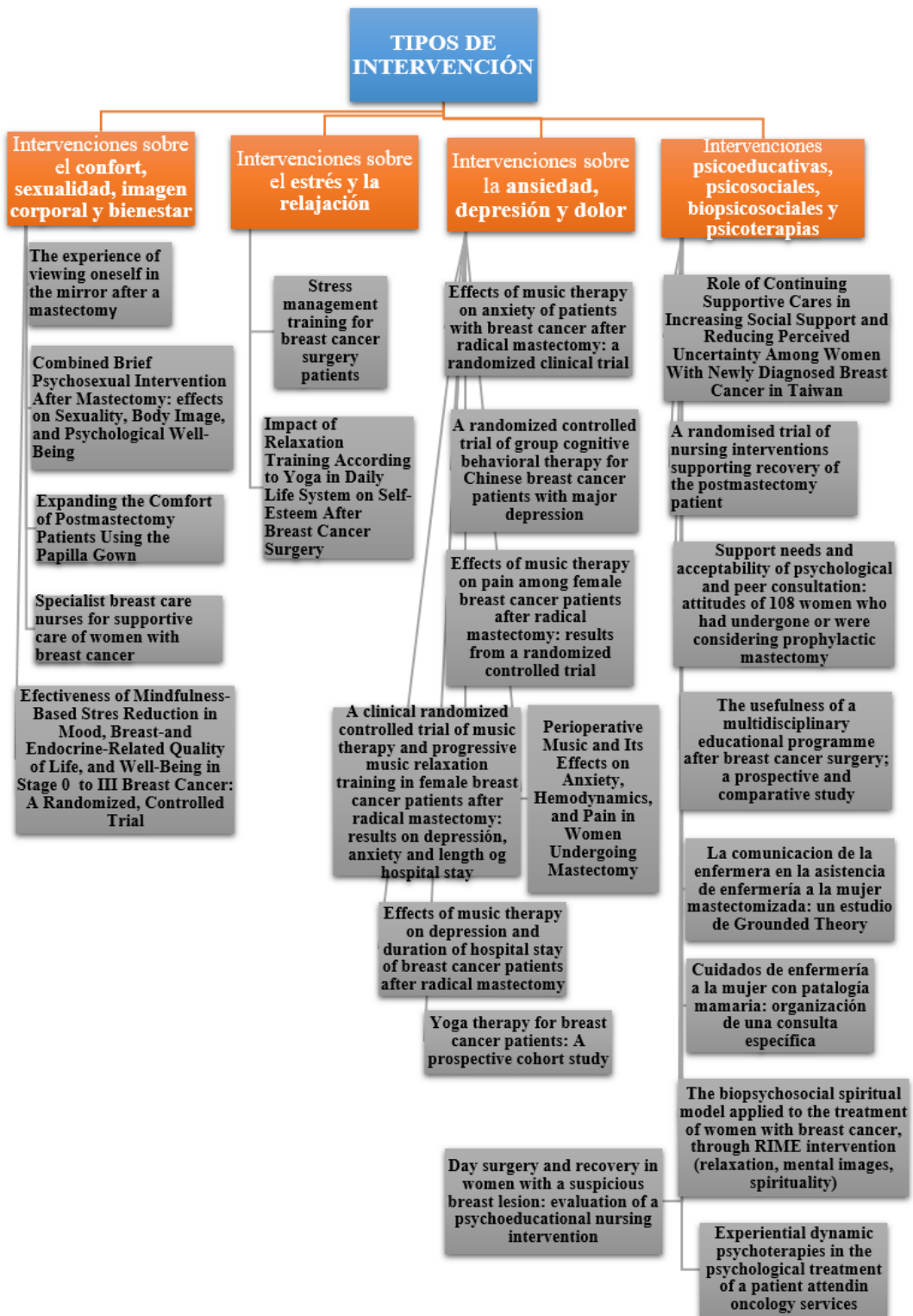
El estudio descriptivo realizado en el año 2008 por los autores Cho, Paek, Davis, *et al.*,²⁶ pretendía comprobar si el empleo de un nuevo diseño en la vestimenta que llevaban estas mujeres en los hospitales tras haber sido sometidas a una mastectomía, era más confortable que el diseño típico. En un principio este estudio no contemplaba una intervención psicológica “per se”, pero con el empleo de este nuevo diseño, denominado “Papilla Gown”, se obtuvieron mejoras no solo en la confort de estas mujeres a la hora de sentirse más seguras y cómodas con los drenajes que llevaban tras someterse a la cirugía, (que era lo que en un principio se pretendía) sino que las pacientes manifestaron un mayor sentimiento de atractivo y una mejor apariencia física con este nuevo diseño en comparación a lo experimentado con el uso de la vestimenta típica hospitalaria.

A pesar de la gran variedad y heterogeneidad de intervenciones y/o terapias de tipo psicológico halladas que son llevadas a cabo con mujeres con las características nombradas, se podría realizar una clasificación muy general, aunque de manera costosa, de estas intervenciones en función de la metodología que emplean para llevarla a cabo y en función de aquel o aquellos aspectos sobre los que están destinadas para corregirlos, modificarlos y mejorarlos, es decir, según el objetivo que persigue cada una de estas intervenciones. De esta manera, los artículos incluidos en esta revisión narrativa podrían clasificarse en: artículos cuya intervención está destinada a tratar aspectos de **confort, sexualidad, imagen corporal y bienestar**; intervenciones para tratar la **ansiedad, la**

depresión y el dolor; intervenciones sobre el **estrés y la relajación**; y por último intervenciones cuya metodología está basada en **terapias psicosociales, psicoeducativas y biopsicosociales** (figura 4).

(Aunque así los artículos están clasificados de una forma más organizada, no se podrían encasillar exclusiva ni claramente en uno de los cuatro grupos descritos ya que, en prácticamente todos ellos, las intervenciones llevadas a cabo obtienen resultados en varios aspectos y no en uno exclusivamente; es decir, hay intervenciones que están destinadas a tratar aspectos relacionados con el estrés experimentado por estas mujeres por ejemplo, y obtienen también buenos resultados en el confort y el bienestar. Aun así, resulta mucho más fácil mediante esta clasificación comparar las intervenciones en función de los resultados que obtiene cada una de ellas según el objetivo que persiguen o según su metodología).

Figura 4. Clasificación de los artículos en función del tipo de intervención



Fuente: elaboración propia

Características de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas que participan en dichas intervenciones y qué papel juegan ellas en el desarrollo de las mismas

Las mujeres seleccionadas para formar parte de estas intervenciones presentaban todas ellas características similares. Eran mujeres a las cuales se les había realizado una cirugía mamaria debido al cáncer de mama que padecían, normalmente una mastectomía radical o parcial, aunque también se incluyen en la muestra de algunos artículos mujeres con cirugías menos agresivas o incluso con la conservación del seno y solo extirpación del tumor (tumorectomía). También formaban parte de la muestra de varios de los artículos seleccionados aquellas que, aunque no presentaban en sí un diagnóstico de cáncer de mama, se les había extirpado el pecho de forma preventiva por un alto riesgo de padecerlo. La diferencia principal hallada entre los estudios que forman parte de esta revisión en relación a las características que presentaban las mujeres, es el tiempo, que cada uno de ellos establecía oportuno, que debía haber transcurrido desde que fueron sometidas a tal operación para poder formar parte de la muestra sometida a la intervención descrita por cada uno de estos artículos, existiendo intervenciones que comenzaban incluso el día después de la mastectomía, y otras que se llevaban a cabo en los meses posteriores a la misma. Existen también pequeños matices que diferencian la muestra de unos estudios a otros, como la inclusión de mujeres que estuvieran con tratamiento coadyuvante de quimioterapia o radioterapia o no y la exclusión de mujeres que estuvieran sometidas a tratamiento de esteroides y antiinflamatorios entre otros criterios. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por los autores Qiu, Chen, Gao, *et al.*,²⁷ los cuales, para poder aplicar su intervención basada en la terapia cognitivo-conductual, seleccionaron solo a aquellas mujeres que estuvieran diagnosticadas de depresión para poder conformar su muestra.

Las mujeres seleccionadas en los artículos de esta revisión solían encontrarse en un baremo de edad que iba desde los 18 hasta los 65 años en la mayoría de los casos, existiendo pequeñas diferencias (algunos optan por establecer como criterio de inclusión mujeres mayores de 25 años). Además, prácticamente todos los estudios establecieron como criterio necesario e indispensable para llevar a cabo la intervención, que las mujeres que formaran parte de la muestra no sufrieran ningún tipo de desorden o enfermedad mental. Todos los artículos de esta revisión realizan una clasificación, normalmente en forma de tabla, de las mujeres de su muestra en base a las distintas características sociodemográficas y clínicas que las mismas presentaban, estableciendo la no existencia de diferencias significativas entre las mujeres del grupo experimental y el grupo control

de los estudios realizados en estos aspectos. Se incluyeron variables como la edad, estado civil, nivel académico, estatus socioeconómico, situación laboral, tipo de cirugía a la que se han sometido, presencia de tratamiento coadyuvante, y estadio del cáncer.

En particular, los autores Ramagosa-Albacar, Garatea-Zubieta e Inoriza en su artículo *Cuidados de enfermería a la mujer con patología mamaria: organización de una consulta específica*²⁸ realizaron un análisis de las características que presentaban las mujeres de su estudio en lo que al perfil psicológico se refiere, estableciendo que todas ellas presentaban características como baja autoestima, miedo y rabia, inconformismo, rechazo del cuerpo y pérdida del rol de cuidador entre otros.

En lo que se refiere al papel que jugaban las mujeres en las intervenciones a las que eran sometidas, gran parte de ellas mostraba poca implicación y una actitud bastante pasiva en el desarrollo de las mismas; si bien eran ellas las protagonistas de la intervención, en la mayoría de los casos la recibían sin ser consultadas por preferencias, gustos u opinión acerca de las mismas, y su tarea posterior se reducía a contestar y rellenar cuestionarios y test para que la intervención llevada a cabo fuera evaluada, sin observarse mayor implicación por parte de las mujeres. Sin embargo, aproximadamente 6 de los 24 artículos de esta revisión (un 25%), hacen alusión a un papel mucho más activo de las mujeres que participaban en la intervención, siendo ellas bastante responsables de los resultados obtenidos, lo que dependía de la implicación que mostraban en el desarrollo y la llevada a cabo de las mismas. Hoffman, Ersser, Hopkinson *et al.*,²⁹ en su empleo de la terapia MBSR (Mindfulness basado en la disminución del estrés (“Mindfulness-Based Stress Reduction”)) con mujeres sometidas a una mastectomía para comprobar qué beneficios se obtenían en calidad de vida, humor y bienestar, una vez las mujeres recibían ocho sesiones en las que se trabajaba y eran instruidas en el mindfulness de forma grupal mediante meditación, relajación corporal y establecimiento de temas de discusión entre otras actividades, recibían unos manuales y Cd’s de 45 minutos con la práctica del mindfulness para que realizaran estas mismas sesiones en casa, siendo ellas las responsables de llevarlas a cabo correctamente. Lo mismo sucede en otros artículos en los que una vez las mujeres eran instruidas en la intervención llevada a cabo, como en el manejo del estrés³⁰, el empleo de una intervención RIME (Relajación, Imagen Mental y Espiritualidad)³¹, en relajación obtenida por medio del Yoga³², o intervenciones basadas en el empleo de la teoría AFSMI³³ (la cual se centra en enseñar a estas mujeres a focalizar la atención en los síntomas que están teniendo y las decisiones que toman en base a ellos)

eran ellas las que tenían que reproducir estas intervenciones de forma individual en su casa y aplicando los conocimientos obtenidos previamente, lo que influía en los resultados, evolución y logros que se obtenían finalmente en diferentes aspectos como ansiedad percibida, autoestima y capacidad en la toma de decisiones por ejemplo.

En concreto, el estudio realizado por Patenaude, Orozco, Li, *et al.*,³⁴ sitúa a las mujeres de su muestra, las cuales eran mujeres a las que se les había realizado una mastectomía profiláctica bilateral por alto riesgo de padecer cáncer de mama, una mastectomía unilateral por presencia de diagnóstico de cáncer de mama o mujeres que estaban considerando realizarse una mastectomía profiláctica, como las únicas responsables de decidir cuándo era conveniente que recibieran una **consulta psicológica** en función de la necesidad y aceptabilidad que las mismas consideraran, así como qué profesional o profesionales eran los más adecuados para llevarlas a cabo en vista de las consecuencias que la mastectomía genera en la esfera psicológica de estas pacientes. A través de una serie de entrevistas y cuestionarios, las mujeres exponían sus necesidades y eran ellas las principales y únicas responsables de considerar cuando, como y con quién se debían llevar a cabo las intervenciones psicológicas en pacientes con estas características, por lo que jugaban un papel totalmente activo en la toma de esta decisión permitiendo que los profesionales se plantearan futuras intervenciones y la metodología con la que se deberían llevar a cabo. Todas las mujeres de este estudio, especialmente las que estaban considerando realizarse una mastectomía profiláctica, concluyeron como algo necesario la realización de una intervención basada en una consulta psicológica para ser orientadas sobre la toma de decisiones y recibir información del proceso de someterse a una mastectomía. Además, consideraron muy valioso que, como parte del equipo encargado de llevar a cabo esta intervención, estuviera una mujer que previamente hubiera pasado por el mismo proceso de someterse a la realización de una mastectomía u otros tipos de cirugías mamarias.

Profesionales que intervienen en la realización de este tipo de intervenciones valorando el rol que tiene cada uno de ellos en las mismas.

De la misma manera que existe heterogeneidad en cuanto al tipo de intervenciones y/o terapias psicológicas que se llevan a cabo con mujeres que han sido sometidas a una mastectomía, los artículos incluidos en esta revisión presentan también bastante variedad en cuanto a las y los profesionales que intervenían en las mismas.

En la mayoría de los casos la intervención no era llevada a cabo únicamente mediante un único profesional, sino que entraba en juego la participación y colaboración de bastantes profesionales para poder realizarla. El hecho más característico en el que se puede comprobar esto, es la diferencia existente entre el profesional que llevaba a cabo la intervención, y las personas encargadas de evaluar los resultados obtenidos, que normalmente solían ser los propios investigadores del estudio en el que la intervención se llevaba a cabo, psicólogos o estudiantes de medicina y psicología. Entre los diferentes profesionales que intervenían en la realización y llevada a cabo de estas terapias psicológicas se encontraban enfermeras/os, psicooncólogos/as, terapeutas, especialistas en el desarrollo y la instrucción de determinadas intervenciones como en el caso de Yoga^{32,35} y el Mindfulness²⁹, psicoterapeutas, terapeutas, psicólogos/as, fisioterapeutas, médicos y musicoterapeutas en el caso de las intervenciones basadas en la musicoterapia.

Sin embargo, cabe destacar que, a pesar de la heterogeneidad ya comentada previamente, de los 24 artículos incluidos en esta revisión, en diez de los mismos (el 40%) **la figura enfermera** cobra importancia en la llevada a cabo de la intervención, no siempre siendo el profesional de Enfermería el encargado de su realización, pero sí formando parte del equipo y asumiendo las tareas necesarias para que la misma fuera llevada a cabo con las mujeres seleccionadas. En bastantes estudios como en el caso de *Expanding the Comfort of Postmastectomy Patients Using the Papilla Gown* de los autores Cho, Paek, Davis, et al.,²⁶ el cual se realizó para evaluar el efecto que producía un nuevo diseño de la vestimenta usada en el hospital en mujeres que habían sido sometidas a una mastectomía, las enfermeras fueron las responsables, una vez instruidas e informadas en varios seminarios por los investigadores del estudio acerca del propósito del mismo, de seleccionar a las mujeres que formarían parte de la muestra así como de informarlas acerca del estudio que se iba a realizar y enseñarlas el correcto uso de esta vestimenta. Pero sin duda, los autores Romagosa-Albacar, Garatea-Zubieta e Inoriza, cuyo artículo *Cuidados de enfermería a la mujer con patología mamaria: organización de una consulta específica*²⁸ forma parte de esta revisión, ponen de manifiesto el gran papel que puede desempeñar el rol enfermero en lo que a intervenciones y/o terapias psicológicas se refiere. En este estudio se describe la presencia de una consulta específica de Enfermería en el Hospital Palamós (Girona) para mujeres que padecían cáncer de mama y habían sido sometidas a una mastectomía así como para aquellas que tenían una patología benigna de mama. La enfermera desarrollaba un papel mucho más directo con estas mujeres como

parte del equipo multidisciplinar aportando cuidados, información, Educación Para la Salud (EPS), y soporte psicológico. La intervención era realizada en la consulta de enfermería tres días por semana de forma individual llevándose a cabo actividades basadas en soporte y acompañamiento psicológico, ejercicios para favorecer la expresión de miedos y dudas, test y cuestionarios para valorar el estado de ánimo y la actitud de las mujeres, información acerca de consejos de salud, vestimenta, asociaciones y grupos de apoyo entre otras actividades. Además de todo esto mencionado, el artículo pone de manifiesto la existencia de una gran coordinación entre la figura enfermera y el psicooncólogo, los cuales realizaban de forma conjunta una serie de sesiones grupales con estas mujeres.

Efecto de las distintas intervenciones psicológicas: cuáles de ellas son las que permiten obtener mejores resultados en las pacientes a nivel psicológico. Evaluación de las intervenciones.

Para poder establecer una comparación entre los resultados que cada intervención produce y concluir cuál o cuáles de ellas permiten obtener los mejores, se cree conveniente, a pesar de la variedad y heterogeneidad existente de intervenciones en esta revisión, analizar los resultados de las mismas en función de la clasificación explicada en el apartado anterior “Tipo de intervenciones o terapias psicológicas que se llevan a cabo con mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas” para poder así comparar los resultados obtenidos en intervenciones que tienen un mismo objetivo o que siguen la misma metodología para llevarla a cabo.

Todas las intervenciones descritas en cada uno de los artículos incluidos en esta revisión excepto en tres de ellos^{28,36,37} fueron evaluadas mediante diferentes cuestionarios, escalas y test de forma previa a la intervención y posteriormente a la misma tanto en el grupo experimental, sobre el que se aplicaba la intervención, como en el grupo control para poder establecer resultados contrastados.

Intervenciones sobre el confort, sexualidad, imagen corporal y bienestar

Cho, Paek, Davis et al.,²⁶ realizaron un estudio para analizar el confort que experimentaban las mujeres al usar un nuevo diseño de vestimenta hospitalaria. Las mismas tuvieron que alternar el uso de las dos prendas existentes, el nuevo modelo

(Papilla Gown) y el modelo clásico. Los resultados obtenidos fueron beneficiosos y mejores al compararse con los obtenidos con la vestimenta clásica, ya que se observó un aumento del confort experimentado por las mujeres, con mejoras en apariencia física percibida, confort, sentimiento de atractivo y femineidad. Para establecer estas comparaciones emplearon distintos cuestionarios como *Comfort Questionnaire* (creado específicamente para este estudio), el cual valoraba aspectos relacionados con el confort físico y psicológico y el test *Wilcoxon signed-ranks*, para comparar el confort experimentado con la nueva prenda respecto a la clásica

La terapia de pareja combinada con una intervención psicosexual descrita por Kalaitzi, Papadopoulus, Michas, *et al.*,²⁵ aplicada especialmente para evaluar la influencia que generaba en sexualidad, imagen corporal y distrés psicológico tras someterse a una mastectomía, evaluó mediante diferentes escalas y cuestionarios los resultados obtenidos en materia de frecuencia de deseo sexual, grados de ansiedad y estrés, frecuencia de masturbación y orgasmos, iniciativa sexual, satisfacción con la imagen corporal que experimentaban las mujeres vestidas así como la satisfacción con su relación de pareja y atractivo percibido. Los autores concluyeron que mediante esta intervención se obtuvieron resultados significativamente mejores en comparación con los resultados obtenidos de forma previa a la misma en determinados aspectos como satisfacción con la imagen corporal que presentaban vestidas, relación con su pareja y comunicación de deseo sexual, frecuencia de orgasmos obtenidos, así como en el grado de depresión. Sin embargo, en el grado de ansiedad percibido, no se obtuvieron diferencias significativas.

Por su parte, Hoffman, Ersser, Hopkinson, *et al.*,²⁹ llevaron a cabo un estudio sobre la efectividad de una terapia basada en el “Mindfulness-Based Stress Reduction” (MBSR) una modalidad dentro del mindfulness, en la calidad de vida y el bienestar de mujeres que habían sido sometidas a una mastectomía y/o que habían recibido quimio o radioterapia a causa del cáncer de mama. Para evaluar esta intervención se emplearon en tres ocasiones (semana 0, 8 y 12 respecto a la aplicación de a la intervención) una serie de cuestionarios en ambos grupos de estudio: POMS (para evaluar niveles de ansiedad, depresión, enfado, fatiga y confusión), FACT-B y FACT-ES (para evaluar el bienestar físico, social, emocional y funcional) y el WHO five- ítem (cuestionario sobre el bienestar). Los resultados positivos obtenidos en las mujeres del grupo experimental, con grandes diferencias respecto al grupo control en los cuestionarios empleados, especialmente en WHO five-item y FACT-B, demostraron que esta intervención empleada basada en el

mindfulness, permitía mejorar significativamente la calidad de vida y el bienestar percibido de las mujeres de la muestra.

Intervenciones sobre el estrés y la relajación

Tine & Miha Kovacic³² realizaron un estudio sobre los efectos inmediatos y a corto plazo que producía un entrenamiento basado en el Yoga como estilo de vida (“Yoga in Daily Life”), en aspectos como la relajación y autoestima en mujeres sometidas a una mastectomía. Estableciendo dos grupos diferenciados, el grupo experimental al que se le realizaba la intervención basada en el empleo de yoga además de la intervención estándar que se aplica en condiciones normales a estas pacientes, y el grupo control que únicamente recibió la intervención estándar, obtuvieron resultados que suscitaron una significativa diferencia entre ambos grupos en materia de autoestima, experimentando el grupo que recibió la intervención puntuaciones mucho más altas en este aspecto. Emplearon para esta evaluación el cuestionario *Rosenberg Self-esteem Scale* en tres ocasiones en ambos grupos del estudio: tras la cirugía de mama, una semana después de la intervención del estudio y cuatro semanas después de dicha intervención.

La estrategia de intervención desarrollada en el estudio de Garssen, Boomsma, Meezenbroek, *et al.*,³⁰ estuvo basada en un entrenamiento contra el estrés aplicado de forma previa a la realización de una cirugía mamaria (una mastectomía en concreto) para evaluar los efectos psicológicos que esto generaba en las mujeres sometidas al estudio. Se evaluaron diferentes variables como depresión, fatiga, ansiedad, dolor y problemas del sueño para observar los posibles efectos de esta terapia en los mismos. Los resultados obtenidos permitieron concluir que únicamente se observaron diferencias significativas en el grupo experimental respecto al grupo que no recibió la intervención en aspectos de depresión y fatiga, ya que las escasas diferencias obtenidas en problemas del sueño, ansiedad y dolor no suscitaron beneficios significativos asociados a la terapia del estudio. Distintos elementos de evaluación fueron empleados para comprobar las diferencias existentes entre los resultados antes de llevarse a cabo la intervención y los obtenidos posteriormente, como el cuestionario POMS (para evaluar depresión y fatiga), *The State-Trait Anxiety Inventory*, EORT (calidad de vida), *Subjective Sleep Quality Scale*, así como diferentes escalas de valoración del dolor.

Intervenciones sobre la ansiedad, depresión y el dolor.

Seis de los artículos^{19,20,21,22,23,24} que forman parte de esta revisión narrativa están basados en el empleo de la **musicoterapia** como metodología a llevar a cabo para evaluar en todos estos casos, resultados en depresión y ansiedad además de otros aspectos como dolor, duración hospitalaria e influencia en las necesidades anestésicas en algunos de ellos. Todos compartían la misma estrategia de actuación basada en el empleo de un Mp3, el cual se daba a las mujeres que conformaban el grupo experimental, que contenía una serie de canciones seleccionadas por expertos como musicoterapeutas y oncólogos, siguiendo las recomendaciones de la literatura existente, como las aportadas por la *American Association of Music (AMMT)*. Sin embargo, los autores Palmer, Lane, Mayo, *et al.*,¹⁹ de forma excepcional, además de emplear esta metodología para llevar a cabo su intervención, antes de someter a las mujeres que conformaban la muestra de su estudio a la intervención quirúrgica (mastectomía), las que formaban parte del grupo experimental eran divididas en dos grupos en función de la siguiente decisión tomada por ellas mismas: uno formado por aquellas mujeres que habían elegido recibir de forma preoperatoria (unos minutos antes) la interpretación de una canción que les produjera tranquilidad y relajación en directo por un grupo de música, y el otro grupo, que en vez de realizarse la interpretación de la canción en directo, la misma estaba grabada previamente a petición de las mujeres que conformaban este grupo.

Los resultados obtenidos en todos los estudios que aplicaron esta intervención, relatan que en los grupos que obtuvieron musicoterapia como intervención, descendieron significativamente los grados de ansiedad y depresión en comparación con el grado experimentado de forma previa a la intervención y en comparación con el grupo control del estudio. También se observó una disminución de la estancia hospitalaria en el grupo experimental ya que tal y como describen los autores Zhou, Li, Yan, *et al.*,²² las mujeres que formaban parte del grupo experimental estuvieron ingresadas una media de 13,64 días mientras que el grupo control una media de 15,53. Esto lo atribuyen a los beneficios que la música genera en el estado físico, la cual permite una recuperación de la función corporal de forma más rápida y por tanto una disminución de la estancia hospitalaria.

En el caso del dolor, estudiado por dos de estos artículos, existe controversia. Los resultados obtenidos en el estudio de Li, Yan, Zhou, *et al.*,²⁴ sugieren una disminución significativa del dolor en las cuatro veces que fue evaluado en el grupo experimental respecto el grupo control. Sin embargo, Binss-Turner, Wilson, Pryor, *et al.*,²³ concluyeron

que los resultados obtenidos con el empleo de la musicoterapia en el dolor en su estudio, no fueron significativamente mejores, ya que las dosis de analgesia postoperatoria requeridas por el grupo experimental y el grupo control fueron muy similares.

A parte de estas intervenciones que emplearon la musicoterapia como medio para obtener resultados y mejoras en mujeres que habían sido sometidas a una mastectomía, Sudarshan, Petrucci, Dumitra, *et al.*,³⁵ elaboraron un estudio para evaluar el impacto del Yoga en la ansiedad, la depresión y la salud física de estas mujeres. La mejora más significativa se obtuvo en la salud física, en concreto en la flexibilidad de los brazos y hombros de estas mujeres. Sin embargo, aunque el grado de depresión y ansiedad amiló, las diferencias halladas entre los resultados previos al empleo del Yoga como intervención y los resultados posteriores a la misma no fueron significativas. Entre los diferentes elementos de evaluación empleados en este estudio estuvieron la escala de valoración de ansiedad HADS (*Hospital Anxiety y Depression Scale*) y diferentes elementos para medir la flexibilidad de los hombros.

Por último, dentro de este grupo de intervenciones se encuentra la terapia cognitivo-conductual aplicada para tratar la depresión en mujeres chinas con cáncer de mama que habían sido sometidas a la realización de una mastectomía. Qiu, Chen, Gao, *et al.*,²⁷ emplearon distintos elementos de evaluación de forma pre y post a la intervención como *Hamilton Depression Rating Scale* (HAMD), SES (cuestionario que evalúa diferentes aspectos como el grado de ansiedad, la autoestima y el grado de funcionalidad) y FACT-B (que evalúa la calidad de vida).

Intervenciones psicoeducativas, psicosociales, biopsicosociales y psicoterapias

En este grupo de clasificación de los artículos incluidos en la revisión, cobra especial relevancia el cuerpo de Enfermería, pues en la mayoría de los casos las intervenciones son dirigidas y realizadas por ellas.

Un ejemplo de ello es la consulta de Enfermería específica descrita por los autores Romagosa-Albacar, Garatea-Zubieta e Inoriza²⁸ en el Hospital Palamós (Girona). El artículo pone de manifiesto el gran papel que pueden hacer los y las enfermeras estableciendo este tipo de consulta para mujeres con patología benigna de mama y especialmente para mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que han sufrido una mastectomía. Describieron en este artículo las diferentes actividades e intervenciones que

se llevaban a cabo con estas mujeres en la consulta; sin embargo, en ningún momento evaluaron el impacto de dicha consulta ni los resultados obtenidos gracias a ella.

Otros artículos donde cobra especial relevancia el profesional enfermero ^{33,38,39,40,41} se centran en intervenciones más de tipo psicoeducativo y psicosocial. Los resultados obtenidos en todos ellos demostraron que el papel de la Enfermería es fundamental en estas mujeres ya que este tipo de intervenciones permitió empoderarlas para que ellas fueran capaces de gestionar su salud, establecer sus recursos sociales de soporte como la familia y los amigos, conocer acerca de su enfermedad y establecer progresos y mejoras en aspectos relacionados con la autoestima y la imagen corporal.

Por último, dentro de esta categoría, se encuentra el modelo biopsicosocial aplicado en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas a través de la intervención RIME, centrada en el empleo de la relajación, la espiritualidad y las imágenes mentales. Araújo, Desidérico, Díaz, *et al.*, ³¹ describieron una significativa mejora en el grupo al cual se aplicó la intervención RIME en autoestima y percepción de calidad de vida, para lo que emplearon cuestionarios de evaluación como el WHOQOL, que evalúa la percepción de calidad de vida y el cuestionario de *Rosenberg*, que evalúa la autoestima.

DISCUSIÓN

Los resultados hallados muestran un número heterogéneo de intervenciones psicológicas, con diferente aplicabilidad según el objetivo que persiguen y según el aspecto que quieren tratar, dirigidas a mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas. La mayoría de estas intervenciones muestran tener un efecto positivo en la calidad de vida de estas mujeres, así como una gran reducción de los grados de ansiedad y depresión que presentan. Sin embargo, gran parte de los artículos incluidos en esta revisión narrativa (14 de los 24 resultantes), consideran una limitación las pequeñas muestras empleadas, lo que dificulta extrapolar los resultados obtenidos poniéndose en juego, por tanto, la validez de estas intervenciones. Es reseñable cómo gran parte de las intervenciones halladas en esta revisión están enfocadas de forma directa a tratar la depresión y la ansiedad siendo menor el número de aquellas que se centran en mejorar aspectos como la sexualidad, la imagen corporal y el bienestar físico. Por otro lado, cabe destacar que los estudios que forman parte de esta revisión narrativa utilizan metodologías mediante las cuales, a pesar de tener como objetivo tratar un aspecto determinado como la ansiedad, consiguen también resultados en otras variables que se ven alteradas en mujeres afectadas por las secuelas de una mastectomía como pueden ser la seguridad y confianza en ellas mismas y el bienestar social.

La musicoterapia se considera la intervención empleada por excelencia, utilizada como medio para obtener beneficios en 6 de los 24 artículos analizados, utilizada especialmente para tratar depresión y ansiedad. Existe evidencia científica de cómo la música ofrece una estimulación positiva en la audición que activa la producción bioquímica, mejora la salud emocional a través de la normalización de un ambiente familiar y proporciona en estas mujeres un sentimiento de esperanza, empoderamiento y bienestar, obteniendo una reducción en los grados de ansiedad y depresión¹⁹. En base a esto, la Guía de buenas prácticas basada en la evidencia, *Mejoremos la calidad de vida y el bienestar de las personas mediante las terapias naturales y complementarias*⁴², recoge la evidencia existente (hasta 2012) acerca de los posibles usos beneficiosos de las terapias naturales, incluyendo un capítulo dedicado a la musicoterapia. En materia de depresión, ansiedad y dolor, la guía defiende hallarse beneficios gracias al empleo de esta terapia de forma preoperatoria, consiguiendo una disminución de la dosis de analgesia requerida durante

la realización de ciertas intervenciones quirúrgicas como cesáreas y colonoscopias. Así mismo, Brad J, Dileo C & Shim M en su revisión sistemática *Music interventions for preoperative anxiety*⁴³, concluyeron que la musicoterapia empleada de forma preoperatoria tiene efectos beneficios, considerándola como una alternativa a sedantes y ansiolíticos empleados para reducir la ansiedad preoperatoria, coincidiendo estos resultados con otras tres revisiones sistemáticas realizadas por Cochrane Library. Comparando los grandes beneficios que aporta la música en la ansiedad con estudios que emplean otro tipo de intervenciones como la hipnosis para obtener resultados similares, Palmer, Lane, Mayo, *et al.*,¹⁹ defienden que, mientras la musicoterapia consigue reducir la ansiedad previa a la realización de una cirugía en cinco minutos, las intervenciones que emplean la hipnosis para obtener estos resultados lo consiguen en quince o treinta. Para poder entender el mecanismo mediante el cual se obtienen estos resultados sobre la ansiedad, comentan es imprescindible considerar la música de forma independiente, la cual produce un estado físico que permite la disminución de la misma. La ansiedad aparece en ocasiones cuando un evento entra en conflicto con lo que se espera o se anticipa del mismo, lo que activa el sistema simpático. Cuando el caso se aplica a la incertidumbre generada por una cirugía y en concreto una mastectomía además del propio miedo generado por el cáncer, el uso de la música preferida por cada una de estas mujeres puede estimular la relajación a través de la activación del sistema parasimpático. Melodías familiares, ritmos estables y la letra de las canciones contrastan con el estrés generado y establecen un equilibrio del sistema nervioso autónomo¹⁹. En aspectos como el dolor, Li, Yan, Zhou, *et al.*,²⁴ consideraron que, siguiendo a diferentes estudios previamente realizados y constatados, los pacientes podrían beneficiarse de la musicoterapia, ya que la misma permitía aliviar de forma directa el dolor a través de mecanismos físicos, psicológicos y sentimentales. Los autores Clancy C, Martí Patricia & Mercadal M⁴⁴ apoyan la evidencia existente acerca de la función de la música como un agente distractor de los estímulos aversivos como es el dolor, ayudando a focalizar la atención del paciente en un estímulo musical agradable y positivo; además, los estímulos musicales influyen en la producción bioquímica alterando los niveles de endorfinas y reduciendo el malestar del paciente⁴⁴. Sin embargo, el estudio realizado en el año 2011 por Binss-Turner, Wilson, Pryor, *et al.*,²³ mostró que los resultados obtenidos tras el empleo de la musicoterapia para reducir el dolor, no fueron significativamente mejores en el grupo experimental, ya que las dosis de analgesia postoperatoria requeridas por los dos grupos que conformaban el estudio fueron prácticamente iguales, sin establecer diferencias entre el grupo que había

recibido la musicoterapia como intervención y el grupo control. Martí P, Mercadal-Brotons & Solé C⁴⁵, elaboraron un estudio en el año 2015 para comprobar el efecto de la musicoterapia en el estado anímico y la calidad de vida de mujeres supervivientes de cáncer de mama. Si bien el uso de esta terapia no produjo un cambio significativo en la variable calidad de vida, los resultados del estudio sugieren que la musicoterapia puede producir un cambio en el estado de ánimo de estas pacientes reduciendo su malestar emocional durante todo el proceso de enfermedad.

Se hace necesario destacar que la principal limitación con la que cuentan los seis estudios que forman parte de esta revisión narrativa y que aplican la musicoterapia como intervención es que todos ellos, excepto uno ¹⁹, están realizados con una muestra de mujeres con cáncer de mama sometidas a una mastectomía de origen chino, lo que pone en duda si estos beneficios (especialmente obtenidos en la ansiedad y depresión) serían también obtenidos en otras poblaciones que no fueran de origen asiático o si únicamente se presentarían en mujeres de estas nacionalidades a causa de otras variables que pudieran influir como el entorno cultural y social.

La OMS en referencia al cáncer ⁴⁶ estableció como objetivo para la salud pública la reducción de las consecuencias que este pueda causar, y para ello apoya el uso y aplicación del conocimiento científico en la práctica. En base a esto, uno de los objetivos principales en el tratamiento del cáncer es la mejora de la calidad de vida de las personas enfermas. En algunas ocasiones el tratamiento oncológico y la cirugía no son siempre curativos, y para ello son necesarias estrategias para poder mejorar el afrontamiento y la calidad de vida de estos pacientes. El desarrollo de este tipo de intervenciones sin duda debe elaborarse de forma interdisciplinar, siendo la Enfermería una de las profesiones adecuadas para realizar, tras una correcta formación, diferentes terapias individuales y/o grupales basadas en aspectos psicológicos y psicosociales. Como ya se ha mencionado anteriormente, el artículo *Cuidados de Enfermería a la mujer con patología mamaria: organización de una consulta específica*²⁸ sin duda pone de manifiesto la importancia y necesidad de los cuidados de Enfermería en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas mediante la creación de una consulta específica de Enfermería para tratar especialmente a mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas y poder abordar así los aspectos alterados en estas pacientes.

CONCLUSIONES

Tras realizar esta revisión narrativa es posible concluir que existe una gran variedad de intervenciones y/o terapias psicológicas que se llevan a cabo con y para mujeres con cáncer de mama que han sido sometidas a la realización de una mastectomía. La mayoría de ellas son intervenciones encaminadas a abordar la depresión y ansiedad, en las que la musicoterapia juega un papel esencial encontrándose un menor número de aquellas que pretenden obtener mejorías en la sexualidad y la imagen corporal, aspectos también altamente alterados en estas pacientes. Añadir además que los artículos incluidos en esta revisión narrativa muestran, en todos los casos, una clasificación de las mujeres de su estudio en base a diferentes características sociodemográficas, existiendo una gran similitud en todas ellas en aspectos como la edad e intervención quirúrgica a la que se habían sometido, diferenciándose unos artículos de otros en el momento en el que es aplicada la intervención del estudio a estas mujeres con respecto a la realización de la cirugía. Sin embargo, escasamente aparecen descritas las características de estas mujeres en lo que a su esfera psicológica se refiere.

Así también, de la misma manera que existe variedad de intervenciones de tipo psicológico halladas, en estos trabajos es característico el abordaje interdisciplinar, siendo distintos profesionales las y los encargados de llevarlas a cabo e intervenir en las mismas. Es destacable el papel que juegan las y los profesionales de Enfermería, formando parte del equipo implicado de llevar a cabo estas intervenciones en casi la mitad de los artículos hallados, además de desarrollar un papel mucho más directo con las mujeres de los estudios aportando información, EPS, cuidados y soporte psicológico en algunos de ellos.

Así mismo, destacar que prácticamente todas las intervenciones fueron evaluadas mediante el empleo de diferentes herramientas metodológicas de forma anterior y posterior a la intervención, comparando los resultados obtenidos entre el grupo experimental y el grupo control. Dichos resultados demuestran en la mayoría de los casos que este tipo de intervenciones son eficaces para poder tratar las alteraciones que sufren las mujeres en este campo tan amplio que es la esfera psicológica, e influyen positivamente en su calidad de vida. En vista de ello, resulta difícil determinar cuál o cuáles de las intervenciones llevadas a cabo consiguen mejores resultados en estas

pacientes, ya que todas ellas aportan mejoras significativas en distintos aspectos como depresión y ansiedad entre otros.

Por último, exponer que los resultados obtenidos deben ser tenidos en cuenta desde un punto de vista crítico debido a la heterogeneidad de intervenciones de tipo psicológico halladas que se realizan con y para mujeres mastectomizadas. Se hace así necesario seguir realizando estudios metodológicamente adecuados sobre el objeto de estudio abordado en este TFG, especialmente llevando a cabo trabajos con muestras representativas, principal motivo de las limitaciones de los estudios incluidos en esta revisión narrativa. Así también destacar que, tras realizar esta revisión, la alumna que lo ha llevado a cabo considera imprescindible integrar en las intervenciones psicológicas aspectos como la imagen corporal y la sexualidad, dado que en los estudios hallados son escasas. Es importante tener en cuenta cómo en muchos casos el desencadenante de la depresión y la ansiedad en las mujeres mastectomizadas es consecuencia de una alteración de estos factores (imagen corporal y sexualidad entre otros). Por lo tanto, tratarlos directamente mediante la creación de intervenciones dedicadas a ellos para subsanar los problemas a consecuencia de la alteración de los mismos, evitaría, o al menos ayudaría a evitar, desencadenar depresión y ansiedad en estas pacientes. Finalmente decir que se considera necesario el potenciar la participación y la involucración del entorno doméstico-familiar y las redes sociales en este tipo de intervenciones, dado que únicamente en tres de los artículos que forman parte de esta revisión narrativa dicha participación está presente. Debido al gran soporte psicológico que el entorno doméstico-familiar y las redes sociales constituyen para las mujeres mastectomizadas en estos tres artículos, se hace evidente la necesidad de aumentar el número de intervenciones que contemplen este aspecto de mejora.

BIBLIOGRAFÍA ^{47,48}

1. OMS. (Organización Mundial de la Salud). Temas de salud. Cáncer. [Internet]. [acceso 2 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
2. NIH. Instituto Nacional del Cáncer. El cáncer. [Internet]. [acceso 2 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
3. OMS. (Organización Mundial de la Salud). Centro de prensa: notas descriptivas. Cáncer. [Internet]. [acceso 2 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
4. IARC. (International Agency for Research on Cancer). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Cancer Fact Sheets. [Internet]. [acceso 2 de febrero de 2016]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
5. IARC. (International Agency for Research on Cancer) GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Population Fact Sheets. [Internet]. [acceso 2 de febrero de]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
6. World Health Organization. Regional Office for Europe. Breast Cancer [Internet]. [acceso 2 de Abril de 2016]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2012/2/early-detection-of-common-cancers/breast-cancer>
7. GLOBOCAN 2012. Spain (2012). Estimated Incidence and Prevalence, adult population: female. [Internet]. [acceso 4 de Febrero de 2016]. Disponible en : http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_pop_prev.asp?selection=182724&title=Spain&sex=2&window=1&sort=0&submit=%C2%A0Execute.
8. GLOBOCAN 2012. España (2012). Estimated Cancer Mortality, all ages: female. [Internet]. [acceso 4 de febrero de 2016]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_pop.html.asp?selection=182724&title=Espa%C3%B1a&sex=2&type=1&window=1&sort=0&submit=%C2%A0Ejecutar.

9. GLOBOCAN. España 2012. Estimated Incidence and Prevalence, adult population: female. [Internet]. [acceso 4 de febrero de 2016]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_pop_prev.asp?selection=182724&title=Espa%C3%B1a&sex=2&window=1&sort=0&submit=%C2%A0Ejecutar
10. AECC. (Asociación Española Contra el Cáncer). Elección del tratamiento. [Internet]. [actualizada el 10 de febrero de 2014; acceso 8 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/elecciondeltratamiento.aspx>
11. AECC. (Asociación Española Contra el Cáncer). Tratamiento quirúrgico. [Internet]. [actualizada el 10 de febrero de 2016; acceso 8 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/tratamientoquirurgico.aspx>;
12. Martínez AE, Lozano A, Rodríguez AL, Galindo Ó, Alvarado S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014; 13(1): 53-58
13. Yélamos C, Montesinos F, Euguino A, Fernández B, González A, García de Paredes M. MUCHO x VIVIR". Atención psicosocial para mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 2007; 4(2-3): p. 417-422.
14. Bados Lopez A. La intervención psicológica: características y modelos. [Internet]. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos; Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.; 21 de Octubre de 2008 [acceso 15 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
15. AECC. (Asociación Española Contra el Cáncer). Mucho x vivir. [Internet]. [actualizada el 23 de noviembre de 2015; acceso 12 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/TeAyudamos/apoyoyacompa%C3%B1amiento/Paginas/Muchoxvivir.aspx>

16. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. [Internet]. Ginebra (Suiza). 2012 [acceso de febrero de 2016]. Disponible en:
http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
17. Serrano P, Martínez M. Tipologías en el Trabajo Fin de Grado. En: Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud. [libro en Internet]. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2012. p. 33-87. [acceso 20 de febrero de 2016]. Disponible en:
<http://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/TrabajoFinGradoCienciasSalud/biblio.php?key=bTVoYldVOVZVRk5KbTV2Wkc4OU1USTBKbVpsWTJoaFBUSXdNVFI3TkRFeE1UUXhOdz09ZFhObGM%3D>
18. Serrano P, Escudero C, Bojo C. Las fuentes de información en Ciencias de la Salud. En: Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud. [libro en Internet]. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2012. p. 109-159. [acceso 20 de febrero de 2016]. Disponible en:
<http://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/TrabajoFinGradoCienciasSalud/biblio.php?key=bTVoYldVOVZVRk5KbTV2Wkc4OU1USTBKbVpsWTJoaFBUSXdNVFI3TkRFeE1UUXhOdz09ZFhObGM%3D#159/z>
19. Palmer JB, Lane D, Mayo D, Schluchter M, Leeming R. Effects of Music Therapy on Anesthesia Requirements and Anxiety in Women Undergoing Ambulatory Breast Surgery for Cancer Diagnosis and Treatment: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2015; 33(28): 3162-3168
20. Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D, et al. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *Eur J Oncol Nurs*. 2015; 19: 54-59
21. Li XM, Zhou KN, Yan H, Wang DL, Zhang YP. Effects os music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: a randomized clinical trial. *J Adv Nurs*. 2011; 68(5): 1145-1155.
22. Zhou Kn, Li Xm, Yan H, Dang Sn, Wang Dl. Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. *Chinese Medical Journal*. 2011; 124(15): 2321-2327

23. Binns-Tuner PG, Law Wilson L, Pryor ER, Boyd GL, Prickett CA. Perioperative Music and Its Effects on Anxiety, Hemodynamics, and Pain in Women Undergoing Mastectomy. *AANA Journal*. 2011; 79(4):21-27
24. Li XM, Yan H, Zhou KN, Dang SN, Wang DL, Zhang YP. Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat*. 2011; 128: 411-419.
25. Kalaitzi C, Papadopoulos VP, Michas K, Vlasis K, Skandalakis P, Filippou D. Combined Brief Psychosexual Intervention After Mastectomy: Effects on Sexuality, Body Image, and Psychological Well-Being. *J Surg Oncol*. 2007; 96: 235-240.
26. Cho HSM, Paek JU, Davis G, Fedric T. Expanding the Comfort of Postmastectomy Patients Using the Papilla Gown. *J Nurs Scho*. 2008; 40(1): 26-31
27. Qiu J, Chen W, Gao X, Xu Y, Tong H, Yang M, et al. A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast Cancer patients with major depression. *J Psychosom Obstet Gynaecolo*. 2013; 34(2): 60-67
28. Romagosa-Albacar C, Garatea-Zubieta A, Inoriza JM. Cuidados de enfermería a la mujer con patología mamaria: organización de una consulta específica. *Enferm Clinic*. 2007; 17(1): 37-40
29. Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, Thomas PW. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction in Mood, Breast-and Endocrine-Related Quality of Life, and Well-Being in Stage 0 to III Breast Cancer: A Randomized, Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2012; 30(12): 1335-1342.
30. Garssen B, Boosma MF, de Jager Meezenbroek E, Porsild T, Berkhof J, Berbee M, et al. Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psychooncology*. 2013; 22: 572-580.
31. Araújo Elias AC, Desidérico Ricci M, Diaz Ridriguez LH, Duarte Pinto S, Sales Giglio J. The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). *Complement Ther Clin Pract*. 2015; 21: 1-6.

32. Kovacic T, Kovacic M. Impact of Relaxation Training According to Yoga in Daily Life System on Self-Esteem After Breast Cancer Surgery. *J Evid Based Complementary Altern Med.* 2011; 17(12): 1157-1164.
33. Allard N. Day Surgery and recovery in women with a suspicious breast lesion: Evaluation of a psychoeducational nursing intervention. *Can Oncol Nurs J.* 2006;137-153.
34. Patenaude AF, Orzco S, Li X, Kaelin CM, Gadd M, Matory Y, et al. Support needs and acceptability of psychological and peer consultation: attitudes of 108 women who had undergone or were considering prophylactic mastectomy. *Psychooncology.* 2008; 17: 831-843.
35. Sudarshan M, Petrucci A, Dumitra Sinziana , Dupliesa J, Wexler S, Meterissian S. Yoga therapy for breast cancer patients: A prospective cohort study. *Complement Ther Clin Pract.* 2013; 19: 227-229
36. Freysteinson WM, Deutsch AS, Lewis C, Sisk A, Wuest L, Cesario SK. The Experience of Viewing Oneself in the Mirror After a Mastectomy. *Oncol Nurs Forum.* 2012; 39(4): 361-369.
37. Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. Specialist breast care nurses for supportive care of women (Review). *The Cochrane Collaboration.* 2008.
38. Liu LN, Li CY, Tang ST, Huang CS, Chiou AF. Role of Continuing Supportive Cares in Increasing Social Support and Reducing Perceived Uncertainty Among Women With Newly Diagnosed Breast Cancer in Taiwan. *Cancer Nursing.* 2006; 29(4): 273-282.
39. Koinberg I, Langius-Eklöf , Holmberg L, Fridlund B. The usefulness of a multidisciplinary educational programme after breast cancer surgery: A prospective and comparative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2006; 10: 273-282
40. Cho HSM, Davis GC, Paek JE, Rao R, Zhao H, Xie XJ, et al. A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. *Journal of Clinical Nursing.* 2012; 22: 919-929.
41. de Almeida Araújo IM, Magalhaes da Silva R, Melo Bonfim I, Carvalho Fernandes AF. La comunicación de la enfermera en la asistencia de enfermería a

- la mujer mastectomizada: un estudio de Grounded Theory. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2010; 18(1).
42. Blanco J, Esquinas C, Gea M, Martínez J, Otero L, Vendrell J. Guía de buenas prácticas basada en la evidencia. Mejoremos la calidad de vida y el bienestar de las personas mediante las terapias naturales y complementarias. 1ª ed. Barcelona: Consell de Collegis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. 2014.
 43. Brad J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety (Review). The Cochrane Collaboration; 2013 Jun 6 [Epub ahead of print]
 44. Clancy C, Martí P, Mercadal M. La musicoterapia en el contexto quirúrgico. [Internet]. 6º Congreso Virtual de Psiquiatría. 2005 [acceso 24 de abril de 2016]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Patricia_Marti/publication/268330002_LA_MUSICOTERAPIA_EN_EL_CONTEXTO_QUIRRGICO/links/548018680cf2ccc7f8bb0b62.pdf
 45. Martí P, Mercadal-Brotons M, Solé 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): 105-128.
 46. Zabalegui A, Sánchez S, Sánchez PD, Juando C. Nursing and cancer support groups. Journal of Advance Nursing. 2005; 51(4): p. 369-381.
 47. Fisterra.com [Internet]. A Coruña: Biblioteca del Complejo Hospitalario “Juan Canalejo” de A Coruña; 2006 [acceso 24 de Octubre de 2015]. Ejemplos de referencias bibliográficas. Disponible en:
<https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/#ejemplos>
 48. Pubmed.com [Internet]. NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases. USA. [acceso 1 de abril de 2016]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

ANEXOS

ANEXO 1. Artículos excluidos

AUTORES	TITULO	REVISTA	AÑO PUBLIC.	MOTIVO EXCLUSIÓN
Voigt, Varinka; Neufeld, Franziska; Kaste, Judith.; Bühner, Markus.; Skopke, Philipp.; Wuerstein, Rachel.	Clinically assessed posttraumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, controlled cognicares study.	Psycho-oncology	2016	<u>No responde a los objetivos:</u> estudio para demostrar la relación del estrés y cáncer
Lamp S, Lester JL.	Reconstruction of the breast following mastectomy.	Seminars in oncology nursing	2015	<u>Nos responde al objetivo:</u> No hace referencia a intervenciones psicológicas; habla de los diferentes tipos de reconstrucción mamaria postmastectomía
Lester J.	Local treatment of breast cancer.	Seminars in Oncology Nursing	2015	<u>No responde al objetivo:</u> Habla de distintos tratamientos locales del cáncer de mama
Burckhardt M, Belzner M, Berg A, Fleischer S	Living with breast cancer-related lymphedema: a synthesis of qualitative research	Oncology Nurse Forum	2014	<u>No responde al objetivo:</u> experiencia de pacientes con linfedema
Gopie, Jessica P,ter Kuile, Moniek M, Timman, Reinier, Mureau, Marc A, M., Tibben, Aad.	Impact of delayed implant and DIEP flap breast reconstruction on body image and sexual satisfaction: A prospective follow-up study.	Psycho-oncology	2014	<u>No responde a los objetivos:</u> no hace referencia a intervenciones psicológicas
Hojan K, Manikowska F, Molinska-Glura M, Chen PJ, Jozwiak M.	The impact of an external breast prosthesis on the gait parameters of women after mastectomy.	Cancer Nursing	2014	<u>No responde al objetivo:</u> afectación de prótesis mamaria a la marcha
Hurley, Karen E.	To Fight, or Not to Fight: A Cancer Psychotherapist with Cancer Confronts the Battle Metaphor.	Women & Therapy	2014	<u>No responde a los objetivos:</u> visión personal del cáncer
Kovac A, Petrović SP, Nedeljković M, Kojić M, Tomić S.	Post-operative condition of breast cancer patients from standpoint of psycho-oncology--preliminary results	Medicinski Pregled	2014	<u>No cumple con los objetivos planteados:</u> el estudio demuestra la necesidad de intervención psicológica después de una mastectomía, pero no informa de la realización de las mismas.
Nicolau, Sandra Regina Terra Campos; Teixeira, Enéas Rangel	Clinical protocol for the nursing care of mastectomized women: an exploratory descriptive study.	Online Brazilian Journal of Nursing	2014	<u>No responde a los objetivos:</u> no hace referencia a interv. psicológicas

Boquiren VM, Espelen MJ, Wong J, Toner B, Warner E	Exploring the influence of gender-role socialization and objectified body consciousness on body image disturbance in breast cancer survivors.	Psycho-oncology	2013	No responde a los objetivos: no hace referencia a intervenciones psicológicas
Britton, Janet	Good Nurses, Bad Nurses: A Patient's Eye-View.	Journal of Christian Nursing	2013	No responde a los objetivos: visión personal sobre la práctica enfermera
Kim YH, Kim HJ, Ahn SD, Seo YJ, Kim SH.	Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer.	Complementary Therapies in Medicine	2013	No cumple con los objetivos planteados: la intervención de este artículo no está descrita en mujeres a las que se les ha realizado una mastectomía, sino mujeres que están recibiendo radioterapia
Long LC	The home healthcare nurse as a patient.	Home Healthcare Nurse	2013	No responde al objetivo: no son ni mujeres

				mastectomizadas ni interv. psicológicas
Obeidat RF, Dickerson SS, Homish GG, Alqaisi NM, Lally RM	Controlling fear: Jordanian women's perceptions of the diagnosis and surgical treatment of early-stage breast cancer.	Cancer Nursing	2013	No responde al objetivo: miedo frente al diagnóstico de cáncer
Carter G, Taylor R. Carter G, Taylor R.	Effects of being a patient on student development.	Nursing times	2012	No responde al objetivo en ningún aspecto
Fallbjörk U, Frejeus E, Rasmussen BH.	A preliminary study into women's experiences of undergoing reconstructive surgery after breast cancer.	European Journal of Oncology Nursing:	2012	No responde al objetivo: experiencia de someterse a una reconstrucción mamaria
Mahon SM, Kaplan M	Placebo effect in hot flush research.	The Lancet Oncology	2012	No responde al objetivo en ningún aspecto
Prigerson HG	Mind over menopausal symptoms in women with breast cancer	The Lancet Oncology	2012	No aparece un objetivo claro del artículo; además no guarda relación con los objetivos del presente trabajo: la influencia de la mente en los síntomas de menopausia
Chadha M, Young A, Geraghty C, Masino R, Harrison L.	Image guidance using 3D-ultrasound (3D-US) for daily positioning of lumpectomy cavity for boost irradiation.	Radiation Oncology	2011	No responde a los objetivos en ningún aspecto

Gibson, Bethany; Catlin, Anita J.	Care of the Child with the Desire To Change Gender-Part I.	Urologic Nursing	2011	No responde a los objetivos en ningún aspecto
Melo, Elizabeth M.; da Silva, Raimunda M.; Mota, Rosa M.; Mamede, Marli V.; Linard, Andréa G.; Fernandes, Ana F.C.	Nursing systematized orientation: instrument for the recovery of women in the post surgery of a mastectomy.	Evidentia	2011	No responde a los objetivos: no hace referencia a intervenciones psicológicas
Perdikis G, Fakhr GP, Speed EA, Griggs R.	The psychological effects of breast cancer and reconstruction: "A stroll down mammary lane"--A patient's artistic journal.	Annals of Plastic Surgery	2011	No responde a los objetivos: experiencia propia del cáncer de mama
Preminger, Beth Aviva, Lemaïne, Valerie, Sulimanoff, Isabel, Pusie, Andrea L., McCarthy, Colleen M.,	Preoperative patient education for breast reconstruction: A systematic review of the literature.	Journal of Cancer Education	2011	No responde a los objetivos: no hace referencia a intervenciones psicológicas
T'Sjoen, Guy; De Cuyper, Griet; Monstrey, Stan; Hoebcke, Piet; Freedman, F. Kenneth; Appari, Mahesh; Holterhus, Paul-Martin, D; Van Borsel, John; Cools, Martine	Male gender identity in complete androgen insensitivity syndrome.	Archives of Sexual Behavior	2011	No responde a los objetivos en ningún aspecto

Mann EI, Smith MJ, Hellier J, Balabanovic JA, Hamed H, Grunfeld EA, Hunter MS.	Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial.	The Lancet Oncology	2010	No aparece un objetivo claro del artículo. Por la información que aparece en el resumen no está relacionado con los objetivos de este trabajo
Montgomery GH1, Hallquist MN, Schuur JB, David D, Silverstein JH, Bovbjerg DH	Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: response expectancies and emotional distress	Journal of Consulting and clinical psychology	2010	No responde a los objetivos: el uso de la técnica de hipnosis que describen no tiene como fin tratar la esfera psicológica de las pacientes
Primo, Cândida Caniçali; Leite, Franciéle Marabotti Costa; Amorim, Maria Helena Costa; Sipioni, Raquel Marchesini; dos Santos, Shayane Helmer	Using the International Classification for Nursing Practice in the care of women with mastectomy.	Acta Paulista de Enfermagem	2010	No responde a los objetivos: no se centra en la realización de intervenciones psicológicas
Sayin Y, Kanan N.	Reasons for nursing telephone counseling from individuals discharged in the early postoperative period after breast surgery.	Nursing Forum	2010	No responde a los objetivos planteados: no se trata de interv. psicológicas
Berger AM, Kuhn BR, Farr LA, Lynch JC, Agrawal S, Chamberlain J, Von Essen SG.	Behavioral therapy intervention trial to improve sleep quality and cancer-related fatigue	Psycho-oncology	2009	No responde al objetivo: no se trata de mujeres a las que se ha realizado una mastectomía
Bonaldi-Moore L	Educational program: the nurse's role in educating postmastectomy breast cancer patients.	Plastic Surgical Nursing	2009	No responde a los objetivos: es un programa más de tipo educacional, no desarrollan la interv. psicológica

Fuller S, Anderson RC.	Adjustment issues related to bilateral prophylactic mastectomy in women at elevated risk of developing breast cancer.	Plastic Surgical Nursing	2009	No responde a los objetivos: no hace referencia a interv. psicológicas
Hepner PP, Armer JM, Mallinckrodt B.	Problem-solving style and adaptation in breast cancer survivors: a prospective analysis.	Journal of Cancer Survivorship: research and practice	2009	No responde a los objetivos: estilos de resolución de problemas en mujeres con cáncer de mama
Lally RM	In the moment: women speak about surgical treatment decision making days after a breast cancer diagnosis.	Oncology Nursing Forum	2009	No responde a los objetivos: pensamientos y toma de decisiones de mujeres con cáncer de mama
Weaver C	Caring for a patient after mastectomy.	Nursing	2009	No responde al objetivo: no hace referencia a la realización de interv. psicológicas
Wielgus KK, Berger AM, Hertzog M.	Predictors of fatigue 30 days after completing anthracycline plus taxane adjuvant chemotherapy for breast cancer.	Oncology Nursing Forum	2009	No responde al objetivo: no se trata de mujeres a las que se ha realizado una mastectomía
Demir F, Donmez YC, Ozsaker E, Dirmali A	Patients' lived experiences of excisional breast biopsy: a phenomenological study.	Journal of Clinical Nursing	2008	No responde a los objetivos: experiencia vivida
Park JH, Lee WH, Chung HS.	Incidence and risk factors of breast cancer lymphoedema.	Journal of Clinical Nursing	2008	No responde al objetivo: incidencia del linfedema

Phillips KM, Antoni MH, Lechner SC, Blomberg BB, Llabre MM, Avisar E, Glück S, DerHagopian R, Carver CS.	Stress management intervention reduces serum cortisol and increases relaxation during treatment for nonmetastatic breast cancer.	Psychosomatic Medicine	2008	No responde al objetivo: no son intervenciones psicológicas
Schnur JB, Montgomery GH.	Hypnosis and cognitive-behavioral therapy during breast cancer radiotherapy: a case report.	The American Journal of Clinical Hypnosis	2008	No responde a los objetivos: son mujeres que reciben radioterapia, no se les ha realizado mastectomía
Stephens PA, Osowski M, Fidale MS, Spagnoli C.	Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery	Clinical Journal of oncology Nursing	2008	No cumple con los objetivos planteados: no hace referencia a la realización de interv. psicológicas
Mann B.	Rehabilitation of cancer breast patients after mastectomy.	The Nursing Journal of India	2007	No responde al objetivo: se trata de un programa educativo, no de intervenciones psicológicas
Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Weltz CR, Schechter C, Graf-Zivin J, Tatrow K, Price DD, Silverstein JH.	A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients.	Journal of the National Cancer Institute	2007	No viene descrito el objetivo del estudio. Además no hace referencia a intervenciones psicológicas
Wingfield KL.	Innovative computer-based learning for breast cancer surgery	British Journal of Nursing	2007	No responde a los objetivos en ningún aspecto
Wrońska P, Stepień R, Dobrowolska B.	Satisfaction of women after mastectomy for nursing care.	Advances in Medical Science	2007	No responde a los objetivos planteados: no explica las interv. psicológicas realizadas con las pacientes, ni si se llevaron a cabo o no

Huber C, Ramnarace T, McCaffrey R.	Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer.	Oncology Nursing Forum	2006	No cumple con los objetivos planteados: el estudio no aporta intervenciones.
Markes M, Brockow T, Resch KL.	Ejercicio para mujeres que reciben tratamiento adyuvante para el cáncer de mama	The Cochrane Library	2006	No responde a los objetivos: no hace referencia a intervenciones psicológicas
Mistiaen P, Poot E	Seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio	The Cochrane Library	2006	No responde a los objetivos en ningún aspecto

ANEXO 2. Guía para la Lectura Crítica de Artículos Originales.

Pilar Serrano Gallardo. Guía para la lectura crítica de artículos originales. Madrid: Escuela de Enfermería Puerta de Hierro. Universidad Autónoma de Madrid; 2011.

GUÍA PARA LA LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS ORIGINALES

Se considera que toda investigación realizada ha de quedar plasmada en un informe final, con la pretensión de que sea divulgada para el conocimiento de la comunidad científica; así lo expresan Polit y Hunglet (2000): *“Ningún proyecto científico se considera completo hasta que no se ha redactado el informe final; el estudio más brillante tiene poco valor para la comunidad científica si no se difunde”* (1).

La primera matización que se debería hacer, es que no todos los artículos que se publican se corresponden con una investigación, y desde hay que la estructura, tan conocida por muchos profesionales de la salud, de Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión (Formato IMRYD), no es apropiada para todos los artículos. Para aquellos trabajos que abordan temas diversos como: puesta en marcha de actividades, protocolos, programas; reflexiones en torno a un tema, vivencias profesionales, desarrollo de propuestas, etc., el esquema a utilizar ha de ser decidido en cada caso por los autores, procurando seguir un orden lógico que facilite la comprensión, y ajustándose a las normas específicas que para este tipo de publicaciones contemplan las diferentes revistas científicas.

En lo referente a trabajos de investigación, básicamente de corte cuantitativo, lo que habitualmente se conoce como Originales, es conveniente que se sigan unas recomendaciones generales para su publicación, que por otra parte pueden servir de guía para la lectura crítica de estos artículos, sin olvidar que cada revista puede exigir ciertos requisitos acordes su estilo. Las recomendaciones generales que a continuación se exponen se han clasificado en tres apartados (2-7):

- Partes preliminares: Título, Autor/es, Dirección de contacto, Resumen y Palabras Claves. (Tabla 1)
- Partes del cuerpo: Introducción, Objetivos (pueden estar incluidos en la introducción), Método, Resultados, Discusión, Conclusiones y Recomendaciones. (Tabla 2)
- Partes finales: Agradecimientos, Bibliografía y Anexos. (Tabla 3)

Tabla 1: Partes preliminares de un artículo de investigación

PARTES PRELIMINARES	
TÍTULO	Debe describir el contenido del artículo, de forma específica, clara, breve y concisa (se aconseja no sobrepasar las 15 palabras) con respecto al objetivo de la investigación. Sobran ciertas expresiones: "Estudio sobre....", "Investigación sobre....".
AUTOR	Deben aparecer como autores aquellas personas cuya participación en el trabajo ha sido relevante en cada una de las etapas de la investigación (proyecto, ejecución, análisis, elaboración de informes), y que puedan asumir compromiso con los contenidos. El orden en que se exponen los autores debe ser decidido entre estos.
DIRECCIÓN DE CONTACTO	Dirección completa con el fin de establecer comunicación.
RESUMEN	Debe contener el objetivo/os de la investigación, la estrategia metodológica básica, los resultados y conclusiones más relevantes, y alguna recomendación importante (si a lugar). Se recomienda que no supere las 250 palabras.
PALABRAS CLAVE	Se deben elegir entre 3 y 10 términos o construcciones semánticas, claves en el artículo, que sirven para la clasificación de este por los servicios de documentación.

Tabla 2: Partes del cuerpo de un artículo de investigación

PARTES DEL CUERPO	
INTRODUCCIÓN	<p>La introducción debería responder a las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué se sabe del problema que se quiere investigar?: Antecedentes y Estado Actual (Marco Conceptual) del problema que se investiga. • ¿Para qué se quiere estudiar el problema?: Justificación (Fundamentación) para estudiarlo. • ¿Qué se quiere saber sobre el problema?: Delimitación o Enunciado de dicho problema; a veces esto conlleva la necesidad de definir términos y/o conceptos. <p>En este apartado se deben ir intercalando referencias bibliográficas, acotadas en el texto, que ayudan a la conceptualizar y fundamentar el problema.</p>
OBJETIVOS	<p>No es imprescindible que se enuncien objetivos si en el apartado de la introducción ha quedado suficientemente delimitado el problema a investigar.</p> <p>Si los autores optan por definir objetivos, estos han de ser enunciados con verbos medibles (observables), expresar tareas concretas a alcanzar y no contener acciones metodológicas (por ej. "comparar", "medir")</p>

MATERIAL Y MÉTODO	<p>Debe contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño del estudio. • Definición de la población en la que se llevó a cabo el estudio. • Descripción del tipo y técnica de muestreo que se ha utilizado, así como justificación del tamaño muestral. • Variables e indicadores utilizados en el estudio (operacionalización de las variables). • Instrumentos usados para la recogida de los datos (observación, entrevista, cuestionario, etc). • Descripción de los métodos utilizados para garantizar la fiabilidad y la validez de los datos. • Métodos para el análisis de la información obtenida: tratamiento estadístico de los datos, paquetes informáticos. • A veces es necesario incluir un apartado de limitaciones al estudio, en caso de que hayan surgido problemas para seleccionar a los sujetos, para conseguir cierta información o, en general, problemas inesperados que hayan aparecido y que puedan comprometer o alterar la investigación.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda iniciar este apartado con una descripción de la muestra estudiada. • Presentar información pertinente a los objetivos del estudio. • En general, se deben describirse los hechos, reservando la interpretación para la discusión. • Las tablas, gráficas, figuras, etc. que se incluyan en este apartado han de ser claras y relevantes y deben ir claramente acotadas en el texto por orden de aparición; asimismo tienen que contener "título" que se ajuste a lo que representan (qué presentan y cómo lo presentan, ej.: "Porcentaje de niños que practican ejercicio físico según edad y sexo"). • No se debe reflejar en el texto toda la información que aparece en las tablas, gráficas, etc., sólo la más destacable.
DISCUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • No se deben introducir datos nuevos; es el momento de interpretar los resultados del apartado anterior. • Plantear similitudes y diferencias con otros trabajos. • Se pueden expresar opiniones de los autores; es un momento de creatividad e iniciativa. • Expresar las posibilidades de generalización de los resultados obtenidos (validez externa). • Dejar constancia de en qué línea hay que seguir investigando.
CONCLUSIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deben responder a la/s pregunta/s de investigación planteada/s en la Introducción (Delimitación de problema de investigación) o en el apartado de Objetivo/s si este existe.
RECOMENDACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Corresponde a los autores decidir acerca de la inclusión o no de este apartado. • Las recomendaciones que se formulen han de ser factibles de llevar a cabo.

Tabla 3: Partes finales de un artículo de investigación.

PARTES FINALES	
AGRADECIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none">• Deben ir dirigidos a aquellas personas que contribuyeron con ideas valiosas o que realizan alguna contribución relevante (revisión, asesoría, ayuda o supervisión de alguna de las partes de la investigación).
BIBLIOGRAFÍA	<ul style="list-style-type: none">• Debe ser actualizada, estar acotada en el texto y proceder de fuentes primarias.• Ha de ser referenciable (trabajos publicados o que estén accesibles para los lectores). Pueden citarse trabajos aceptados para publicar.• El hecho de ser excesiva no aporta más rigor y calidad al artículo.• Existen varios estilos para referenciar la literatura; es importante ajustarse a las normas de la revista en la que se desea publicar. Uno de los estilos más conocidos y utilizados es el que se recomienda en las Normas de Vancouver.• No se debe incluir un apartado de "otra bibliografía consultada".
ANEXOS	<ul style="list-style-type: none">• Se reservan para mostrar clasificaciones, taxonomías, instrumentos utilizados en la investigación, etc., que resultan especialmente relevantes para la comprensión del artículo.• Deben ir acotados en el texto, pero se ubican al final del artículo.

Para finalizar, es muy importante no olvidar el estilo de redacción a utilizar en el artículo; todo manuscrito ha de ser fácilmente inteligible, es decir, claro, comprensible y estructurado, siguiendo un orden lógico en la presentación de los hechos. El lenguaje ha de ser sencillo, conciso, evitando la pomposidad y las palabras innecesarias. El artículo se suele escribir en su totalidad en pasado como tiempo verbal, excepto las citas bibliográficas que se redactan en tiempo presente; no se recomienda la voz pasiva. Se deben utilizar pocas abreviaturas (permitidas las unidades de medida del Sistema Internacional) y siglas, las cuales deben estar claramente aclaradas en el texto en el primer momento que se utilizan. La sintaxis y la ortografía han de ser revisadas cuidadosamente.

ANEXO 3. Ejemplo de análisis e interpretación de algunos de los artículos incluidos.

ARTÍCULO	INTERV. REALIZADA-METODO	PROFESIONAL-ROL	CARACT. MUJERES	PAPEL QUE JUEGAN LAS MUJERES	EFECTO-MEJORES RESULTADOS	EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	IMPL. ENFERMERA	COMENTARIOS
Cuidados de enfermería a la mujer con patología mamaria: organización de una consulta específica	<p>Cuidados postqx+ EPS+ soporte psicológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la consulta - 3d/semana - 15-17h - 30 mins/muj - Proceso registrado en HC mujer - Cuidados psicológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Soporte y acompañamiento • Test valorar estado ánimo+actitud • Favorecer expresión miedos y dudas • Involucrar familia • Info act+programas+soc. • Info pelucas, ropa.. <p>Tbn act. Grupales con psicooncólogos</p>	<p>Enfermeras: consulta de enfermería de patología mamaria + Psicooncólogo (coordinación entre ambos)</p>	<p>Mujeres con patología benigna+mujeres con patología maligna (esp. Mastectomía)</p> <p>Perfil psicológico.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima - Miedo+rabia - Rechazo cuerpo - Pérdida rol cuidador - inconformismo 	<p>Participan en sus curas+ expresión de miedos y dudas</p>	<p>“se ha observado” una menor ansiedad gracias a esta consulta. No hay estudios para ver los resultados antes-después</p>	<p>No ha sido evaluada esta intervención (LO DICEN); queda pendiente una encuestas de saisf.</p>	<p>Realiza esta interv. Participación + directa en el eq. Multidisciplinar aportando cuidados+info+EPS +soporte psicológico</p>	<p>Consulta de enfermería de patología mamaria Girona (Hosp. Palamós): cuidados posquirúrgicos+EPS+ soporte psicológico</p>

ARTÍCULO	INTERV. REALIZADA-METODO	PROFESIONAL-ROL	CARACT. MUJERES	PAPEL QUE JUEGAN LAS MUJERES	EFECTO-MEJORES RESULTADOS	EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	IMPL. ENFERMERA	COMENTARIOS
Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image, and psychological well-being.	<p>CBPI= breve terapia psicosexual: terapia de pareja+terapia sexual 6 sesiones c/15 d indiv.:</p> <ol style="list-style-type: none"> en el hospital: cirujano+terapeuta +mujer+marido <p>Se tratan sentimientos de la pareja en relación a la mastectomía (se destapan vendajes→ sentimientos del marido)</p> <ol style="list-style-type: none"> y 3. trabajo de comunicación 4. sensaciones 5. imagen corporal 6. separación del terapeuta. Comparación de resultados con el inicio haciendo los test. <p>Test usados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - STAI: ansiedad - CES-D: depresión - Cuestionario de sexualidad e imagen corporal 	<p>Terapeuta</p>	<p>20 mujeres con mastectomía + parejas (intervención CBPI) & 20 grupo control (sin CBPI)</p> <p>Todas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - casadas - sex. Activas <p>Ninguna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quimio/radio - trastornos mentales <p>Se las evaluaron en 2 ocasiones con test auto percepción</p> <p>1º 2 d postmastec.</p> <p>2º 3 m postmastec</p> <p>Para ver resultados</p>	<p>+ pasivo</p>	<p>mejoras en pacientes con CBPI en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - depresión - grado de ansiedad - imagen corporal - satisfacción con sus parejas - atractivo - frecuencia de orgasmos - comunicación deseo sexual <p>En estas variables solo se observó la gran evolución con CBPI.</p> <p>En las demás variables había ciertas diferencias significantes solo La edad y duración de matrimonio no</p>	<p>Si; empleo de Chi-square, T-Student Comparando los resultados obtenidos en los test realizados 2d postmastectomía y 3 m después, habiéndose aplicado la intervención</p>	<p>Ninguna.</p>	<p>Aplicación de una terapia psicosexual en mujeres postmastectomía y sus parejas y comparación con grupo control para ver la efectividad de esta intervención</p>