



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2015 – 2016

Trabajo Fin de Grado

**Impacto psicosocial de la mastectomía en pacientes
operadas de cáncer de mama:**

Abordaje enfermero.

Revisión narrativa.

Tutora: Azucena Pedraz Marcos

Alejandra Gayo García

Paula Loma Martínez

Mayo, 2016.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Azucena Pedraz Marcos, por la confianza depositada en nosotras, por el interés mostrado en dirigir nuestro trabajo fin de grado, por su supervisión y por toda su ayuda mostrada durante el tiempo de elaboración del mismo.

Por otro lado, también queremos mostrar nuestros agradecimientos al personal de la Biblioteca de la Facultad de Medicina por habernos proporcionado nociones básicas sobre estrategias de búsqueda y aportado los conocimientos útiles para la confección del trabajo fin de grado.

Finalmente mostramos nuestro agradecimiento a las enfermeras de la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario La Paz, por el apoyo y paciencia mostrada con nosotras compartiendo sus conocimientos respecto al tema de estudio y por formarnos como futuras profesionales de enfermería a lo largo del proceso de realización de las Prácticas Tuteladas V y elaboración de nuestro trabajo.

RESUMEN

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente y la primera causa de muerte en las mujeres. La mastectomía, representada como el tratamiento de primera elección, conlleva la extirpación quirúrgica de la mama y un importante impacto emocional para la mujer que la padece. Por una parte, afecta negativamente a ciertos aspectos de su autopercepción como son su imagen corporal y su sexualidad. Por otra parte, sus relaciones sociales pueden verse dañadas, pudiendo resultar en una ruptura con sus parejas o en el cese de sus relaciones sexuales. Antes estas dificultades, la enfermera debe ayudar a la mujer a adaptarse a esta nueva situación a través de unos cuidados individualizados. Sin embargo, muchas enfermeras reconocen una falta de conocimiento y dificultades en el proceso comunicativo a la hora de abordar el problema. Por todo ello, es evidente la necesidad de una formación específica al respecto. Los estudios concluyen que mujeres a las que se les realiza una reconstrucción de la mama tras la realización de una mastectomía, consiguen lograr un alto nivel de calidad de vida.

Palabras clave: mastectomía, cáncer de mama, ansiedad, imagen corporal, sexualidad, enfermería.

ABSTRACT

Breast cancer is the most frequent malignant tumor and the first cause of death in women. The mastectomy, represented as the treatment of first choice, involves surgical removal of the breast and an important emotional impact for the woman who suffers. On one hand, it adversely affects certain aspects of their self-perception, as are their body image and their sexuality. On the other hand, their social relationships can be damaged and can result in a break with their partners or the cessation of their sexual relationships. Considering these difficulties, nurses must help these women to adapt to this new situation through some individualized care. However, many nurses recognize a lack of knowledge and difficulties in the communicative process in dealing with the problem. It is therefore evident the need for specific training in this regard. The studies conclude that women who were performed a breast reconstruction after the completion of a mastectomy, manage to achieve a high level of quality of life.

Key words: mastectomy, breast cancer, anxiety, body image, sexuality, nursing.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 Estado actual del tema.....	9
2. JUSTIFICACIÓN.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
4. METODOLOGÍA.....	18
5. RESULTADOS.....	22
5.1 Afectación de la autopercepción en la mujer mastectomizada.....	23
5.2 Carencias en las relaciones familiares y con el entorno.....	25
5.3 Papel de la enfermería en la intervención de apoyo psicosocial.....	27
5.4 Beneficios de la reconstrucción mamaria.....	30
6. CONCLUSIONES.....	33
7. BIBLIOGRAFÍA.....	35

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla	Título	Página
I	Estrategia en la primera y segunda búsqueda.	19
II	Estrategia en la tercera búsqueda.	19
III	Artículos seleccionados en las diferentes bases de datos.	21
IV	Artículos seleccionados en relación a la autopercepción de la mujer la mastectomizada.	23
V	Artículos seleccionados en relación a carencias en las relaciones familiares y con el entorno.	25
VI	Artículos seleccionados en relación con papel de la enfermería en la intervención de apoyo psicosocial.	27
VII	Artículos seleccionados en relación con los beneficios de la reconstrucción mamaria.	30

Diagrama de flujo	Título	Página
I	Proceso de selección de artículos.	22

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer y la primera causa de muerte. Representa uno de los mayores problemas de los países desarrollados, tanto por su incidencia como por la mortandad. (1)

En España se diagnostican unos 26.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65.

Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres. (2)

Los datos recogidos en 2014 por la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) nos indican que la localización de cáncer más frecuente en España en el 2012, situada en la 1ª posición de la lista, es el cáncer de mama en la mujer y en 4ª posición para ambos sexos. La prevalencia a 5 años del cáncer de mama es del (17,9%) para ambos sexos. Para las mujeres la mayor incidencia, mortalidad y prevalencia a 5 años es para el cáncer de mama (29%, 15,5% y 40,8%, respectivamente). (3)

Estas cifras son claramente significativas, posicionándolo como un problema prioritario de salud pública, por su magnitud y su transcendencia en la sociedad. Enfermería no puede permanecer ajena a esta realidad, que nos empuja a realizar un abordaje a todas y todos los pacientes susceptibles de padecerlo, desde nuestro campo de conocimientos.

El diagnóstico precoz ha conseguido una importante reducción de la mortalidad por esta enfermedad y el empleo secuencial o concomitante de los tratamientos adyuvantes a la cirugía está consiguiendo beneficios en la supervivencia libre de recaída y en la supervivencia global.

El procedimiento quirúrgico de elección en tumores localmente avanzados es la mastectomía.

La mastectomía se refiere a la extirpación quirúrgica de la mama. Hay diferentes tipos de esta cirugía. Entre ellos, los más comunes son:

- Mastectomía simple. Extirpación de glándula mamaria junto al tejido cutáneo adiposo que la rodea.

- Mastectomía radical modificada, tipo Madden. Extirpación de la mama, fascia pectoral mayor, el tejido celuloadiposo interpectoral que la envuelve con sus ganglios y los ganglios de la axila.
- Mastectomía radical modificada, tipo Patey. A parte de la extirpación del caso anterior también se extirpa el músculo pectoral menor.
- Mastectomía radical clásica, tipo Halsted. Exéresis de toda la mama, junto con amplia zona de piel, de ambos músculos pectorales y del contenido celuloadiposo de la axila, siguiendo el trayecto de la vena.
- Mastectomía radical ampliada, tipo Urban. A la técnica anterior se agrega la exéresis de los ganglios de la cadena mamaria interna. (1)

La mastectomía tiene las siguientes indicaciones:

- 1) Más de un foco tumoral en áreas separadas de la mama.
- 2) Microcalcificaciones difusas.
- 3) Radioterapia previa sobre la mama.
- 4) Cosméticas.

En algunos otros casos se puede valorar también la mastectomía, por ejemplo, cuando la cirugía conservadora no consigue márgenes libres o cuando el tumor es diagnosticado durante el embarazo. (4)

Las mujeres al conocer el diagnóstico de cáncer van a sufrir un shock psicológico, ya que deben asimilar gran cantidad de información, además de tomar decisiones rápidas relacionadas con el tratamiento. Van a sentir ansiedad, miedo, depresión, incertidumbre, rabia, desconcierto, negación, falta de control sobre su propia vida, déficit de autoestima por la mutilación o alteraciones en alguna parte de su cuerpo (modificaciones de la imagen corporal). (1)

La mastectomía causa un gran traumatismo físico que deriva al trauma psicológico. Dentro del proceso de aceptación de la enfermedad, en primer término las mujeres deben aceptar la mastectomía, que es un proceso diferente en cada paciente, influenciado por distintos factores como feminidad, temor a las consecuencias, a la discriminación y a la posibilidad de someterse a una cirugía reconstructiva.

La mayoría de las veces las mujeres no están preparadas para enfrentar el problema, para ellas la mama es muy importante debido a que la sociedad considera esta parte del

cuerpo como símbolo de la feminidad, relacionándolo con la vanidad, la belleza y la sexualidad. (5)

La pérdida de una mama es una experiencia traumática que transforma la relación consigo misma y con su entorno. Como efecto colateral la mujer se siente poco atractiva, experimentando sentimientos de inseguridad.

Es importante escuchar a las mujeres antes de comenzar a explicarles el tratamiento, el tipo de cirugía y adaptarse al ritmo de preguntas y necesidades de ellas y su familia, con el fin de atender sus necesidades durante esta etapa de la enfermedad y ayudarlas en la transición a la etapa siguiente. Pasan por tres fases durante el proceso de aceptación, la primera fase de supervivencia, cuya prioridad está en la valoración de la vida ante todo, en una segunda fase pasan por un periodo de negación de la pérdida del pecho, finalizando el proceso con la tercera fase se inicia el mecanismo de la afrontación de la pérdida. (6)

Dentro del Proceso de Atención de enfermería, se encuentra alterado el patrón Auto percepción-autoconcepto en mujeres sometidas a esta intervención quirúrgica. Los dos diagnósticos de enfermería (NANDA) más relevantes son:

- DxE Ansiedad r/c cambios en el estado de salud y cambios en el entorno m/p inseguridad, miedo, angustia, aprensión, preocupación debida a los cambios en los acontecimientos vitales.
- DxE Trastorno de la imagen corporal r/c cirugía m/p conductas de reconocimiento del propio cuerpo, expresión de cambios en el estilo de vida, miedo a la reacción de otro, preocupación con el cambio y por la pérdida.

Los profesionales de enfermería tienen un papel muy importante ante estos diagnósticos. Las intervenciones enfermeras contribuyen a una mejora en el autocontrol de la ansiedad, en el afrontamiento de la enfermedad y fortalecimiento en la toma de decisiones, mejor control de los síntomas y mejores autocuidados de la mujer.

Estas intervenciones (NIC) deben ir encaminadas a:

- Facilitar el aprendizaje de habilidades de afrontamiento activas que posibiliten la resolución de problemas.
- Elaborar la pérdida en el caso de la mastectomía y aceptación de la nueva imagen corporal.

- Facilitar la expresión de emociones y sentimientos que la mujer puede estar reprimiendo o que no esté expresando a la familia.
- Enseñar habilidades de comunicación con familiares y amigos.

La enfermera debe conocer las características de la enfermedad, su repercusión en la salud psicosocial de las mujeres, en qué consiste la intervención quirúrgica, el manejo del dolor, el tratamiento a seguir después de la cirugía y los grupos de apoyo que existen. (1)

Estado actual del tema

Realizamos una búsqueda de tesis en el repositorio de la autónoma de los últimos cinco años sobre nuestro tema y encontramos una tesis sobre el cáncer de mama: evaluación y análisis del impacto psicológico y de la calidad de vida en una muestra de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en diferentes estadios post-cirugía uruguayas, es del año 2011. Tomamos esta tesis como nuestro punto de partida para nuestra revisión bibliográfica, aunque la población diana es de un país distinto, hay elementos comunes a todas las mujeres que padecen este tipo de cáncer.

Seleccionamos de la tesis los epígrafes que están más relacionados con el impacto psicosocial de la mujer mastectomizada y lo completamos con artículos de los temas que más se repiten cuando se habla de la mastectomía en la mujer: La calidad de vida, la relación con la ansiedad y depresión, impacto que tiene sobre la vida de la mujer, estrategias de afrontamiento, la intervención de enfermería en la mujer mastectomizada y la percepción de las mujeres sobre los cuidados de enfermería.

Podemos encontrar la definición del cáncer de mama desde el aspecto psicosocial:

“El cáncer de mama es una enfermedad que supone un impacto negativo tanto en la dimensión mental como física de la mujer, y por lo tanto merece ser abordada por profesionales de la salud de diversas disciplinas.” (7)

El hecho de que no todos los pacientes experimentan los mismos niveles de estrés durante el proceso de la enfermedad, ha impulsado a los investigadores a examinar las diferencias individuales en las percepciones acerca del cáncer relacionado con los factores contextuales y de personalidad. (7)

Factores que influyen en la calidad de vida

Hay diversos factores que influyen en la calidad de vida respecto a la salud: Haber recibido quimioterapia fue un predictor de peor calidad de vida, el estadio de la enfermedad, la existencia de otras enfermedades crónicas, la edad y el tipo de cirugía.

Las pacientes con mastectomía y quimioterapia tuvieron un empeoramiento de la calidad de vida frente a aquellas que recibían cirugía conservadora o mastectomía sin quimioterapia, cuyo nivel de calidad de vida se mantuvo.

La edad ha sido una de las variables sociodemográficas documentada en relación a la calidad de vida, provocando una mayor disrupción en las actividades cotidianas, peor calidad de vida global y percepción de la propia salud futura. Las mujeres de mayor edad presentan una tasa más aceleradas de declive en su calidad de vida respecto a las mujeres jóvenes.

El tipo de cirugía recibida parece tener mayor impacto en la dimensión mental de la CVRS en las mujeres jóvenes, comparando la mastectomía con la cirugía conservadora. La cirugía conservadora estuvo asociada a una mejor capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Las mujeres mastectomizadas con reconstrucción mamaria presentaron mejor salud mental y funcionamiento que aquellas sin reconstrucción.

Otra de las variables clínicas asociadas a la calidad de vida ha sido el estatus menopáusico, teniendo mejor CVRS las mujeres posmenopáusicas.

Las dimensiones física, psicológica y ambiental de la calidad de vida se han encontrado asociadas a la sintomatología depresiva, pudiendo esta última ejercer un impacto negativo en la CVRS. (7)

El cáncer de mama relacionado con la ansiedad y depresión

Los tratamientos contra el cáncer de mama consisten principalmente en la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, estos tratamientos provocan efectos secundarios físicos y psicológicos.

La ansiedad es una respuesta normal a estímulos desagradables y puede promover respuestas adaptables a nuevas demandas. Sin embargo, es perjudicial cuando es excesivo, perjudicial cuando se mantiene en el tiempo y conlleva a la tensión continua. Muchos pacientes diagnosticados con cáncer de mama presentan una incertidumbre

extensa sobre el futuro, preocupación por una metástasis potencial, miedo de sufrimiento físico. También tiene que ver con la fatiga aumentada, la ansiedad en el cáncer de mama tiene un perjudicial efecto en la calidad de vida de pacientes.

Por otra parte, puede provocar trastornos, como el trastorno de estrés postraumático y depresión si no se abordan con rapidez. La necesidad dirigirse a la cuestión de ansiedad entre estos pacientes es realmente importante para que no derive en depresión.

Los factores que contribuyen a la ansiedad en pacientes con cáncer de mama se pueden clasificar ampliamente en físicos, psicológicos, sociales y ambientales. Factores físicos incluyen edad, efectos secundarios del tratamiento, los cambios hormonales y problemas de fertilidad. Los factores psicológicos abarcan su opinión sobre cambio de imagen del cuerpo, así como sentimientos negativos acerca de los factores sociales, incluyen la disminución de interés sexual y la disfunción sexual, mientras que los factores ambientales incluyen múltiples visitas al hospital, que afectan negativamente su diario vida de rutina y trabajo, así como estrés relacionados con su situación económica.(8)

La historia previa de ansiedad o depresión se encontró correlacionada a mayores niveles de depresión informados a partir de la experiencia de enfermedad. Un factor a menudo asociado con la depresión ante la enfermedad es el apoyo social/familiar percibido. Se ha documentado que el número de personas que brinda apoyo social a la paciente predice la severidad de la sintomatología depresiva, menores niveles de apoyo emocional hacen a las mujeres más proclives a experimentar esta sintomatología, por lo que desde enfermería es aspecto importante valorar la red de apoyo de las pacientes. Un ejemplo serían las mujeres viudas o divorciadas presentan mayor vulnerabilidad frente a las casadas. Debemos desde la enfermería centrarnos en la importancia de una intervención psicosocial para disminuir los niveles de ansiedad y depresión.

Entre las variables clínicas la más relacionada con la sintomatología depresiva se encuentra el tipo de la cirugía, presentando mayor prevalencia y severidad de sintomatología las mujeres con mastectomía frente a las que se les practico cirugía conservadora. (7)

Impacto psicosocial en el cáncer de mama

Vivir el cáncer es un proceso de ruptura con la vida cotidiana, en la que el paciente sufre un proceso de despersonalización donde destaca la aparición de “yo cáncer” y aparece de forma recurrente la idea de la muerte.

El diagnóstico de cáncer es una experiencia crítica en la cual el sujeto sufre un gran impacto emocional. A partir de ese momento, comienzan a generarse sensaciones de miedo, negación, rabia, angustia y desesperación, ya que el paciente percibirá su vida bajo amenaza, provocada por la pérdida de salud. Justo después de la revelación del diagnóstico, cada persona define un camino único que se caracteriza por las respuestas físicas y psicosociales individuales a una situación de incertidumbre: su preocupación principal es la lucha entre la vida y la muerte. (9)

La dimensión de este problema de salud no es solo médica, sino que tiene una gran repercusión psicológica para la mujer (sentimientos de soledad, culpabilidad, miedo a los cambios en la imagen corporal, ansiedad y depresión) y afecta a su entorno familiar y social. Sabemos por otros estudios, que la aparición de depresión concomitante al establecimiento del diagnóstico, influye en la respuesta clínica, el reajuste a la normalidad y la calidad de vida de las mujeres en cualquier fase de la enfermedad. (10)

Vivir con el diagnóstico y tratamiento de cualquier condición médica crónica puede ser fuente de estrés psicosocial. Las mujeres con cáncer de mama se ven expuestas a situaciones que desafían su bienestar tanto físico como psicosocial. Deben lidiar, con el impacto producido por el diagnóstico y las consecuencias que acarrearán como los efectos secundarios de los tratamientos, alteraciones de la apariencia corporal, el temor a la recurrencia, el declive en su salud e incremento de niveles de discapacidad y la muerte. Las consecuencias psicosociales pueden incluir cambios en sus roles y funcionamiento social, familiar, empleo, actividades cotidianas y de ocio. Lograr entender los efectos del cáncer de mama y sus tratamientos en la CVRS de las pacientes ha sido de gran importancia a nivel clínico y científico en las últimas décadas. Diversos instrumentos de medida de variables psicosociales están siendo utilizados en estudios clínicos con el fin de predecir respuestas al tratamiento y evaluar la morbilidad psicológica. (7)

Percepción de las mujeres intervenidas sobre los cuidados de enfermería

Para las mujeres con cáncer de mama que hacen tratamiento, es importante una planificación de la asistencia de enfermería basada en los conocimientos específicos de la enfermedad y su terapéutica para proporcionar calidad de vida en su trayectoria pre, trans y pos-tratamientos.

En un estudio de Brasil, los comentarios indican la ausencia de la enfermera en el pre-operatorio, cuando las pacientes necesitan respuestas a sus dudas durante esta primera fase. En el periodo pre-operatorio, la enfermera del centro quirúrgico debe hacer una visita para explicar los procedimientos a los cuales el paciente será sometido, aclarando sus dudas, lo que permite disminuir su ansiedad, tranquilizando a la paciente en ese período. (11)

Lo mismo debe suceder en relación al post-operatorio. La paciente tiene que ser informada sobre los cuidados que deberá tener con su cuerpo tras una mastectomía para la prevención de un linfedema. La enfermera debe orientar a las pacientes para que el miembro superior del lado operado permanezca un poco elevado cuando estuvieran acostadas. La orientación también debe abordar que el brazo necesita algunos cuidados como: evitar medición de la presión arterial en ese lado, punción venosa (las vías intramuscular y subcutánea también), retirada de cutículas, movimientos bruscos, entre otros.

Las entrevistadas contaron que la enfermera generalista estaba más preocupada con las técnicas y los horarios que en dar atención individualizada y descubrir realmente lo que ellas necesitaban en aquel momento. Así, ellas dicen que la asistencia de la enfermera era una simple observación para comunicar lo que aconteció al médico, o era realizada solamente por los auxiliares y técnicos de enfermería.

La actuación de la enfermera en los cuidados del día a día debe reflejarse en una asistencia de enfermería de calidad dirigida al autocuidado, objetivando la mejora de la calidad de vida del cliente y, posibilitando también, un reconocimiento del profesional al establecer una buena relación enfermero-paciente.

La enfermera debe actuar de forma a “preservar la autonomía y la dignidad” de las mujeres mastectomizadas, protegiendo su integridad física y psíquica. Esta recomendación no debe ser restringida solamente a Enfermería. El cáncer de mama

debe ser abordado por un equipo multidisciplinar atendiendo al tratamiento integral del cliente.

Resulta imprescindible que la enfermera procure siempre perspectivas diferenciadas en el cuidar al paciente oncológico. Es importante que las enfermeras estén atentas a los cambios y novedades en los tratamientos a fin de ofrecer una asistencia global, libre de mitos y tabúes. Además, es preciso resaltar la necesidad de elaboración de protocolos asistenciales dirigidos a la asistencia a la mujer con cáncer, tomando en consideración las diferencias regionales y socio-culturales. (11)

Intervenciones y cuidados de enfermería

Los programas de detección precoz, los avances médicos y farmacológicos y el acceso a los servicios de salud, influyen significativamente en el incremento de la supervivencia, que se sitúa por encima del 80% a los cinco años del diagnóstico. Este incremento también conlleva a un aumento en la aparición de segundos tumores y recidivas lo que plantea la necesidad de crear estrategias terapéuticas y planes de asistencia para las mujeres en la etapa de larga supervivencia (más de 5 años tras el diagnóstico), además de identificar los cuidados de los profesionales sanitarios con el fin de mejorar las demandas por parte de los pacientes. (9)

Los programas de intervención deben estar especialmente diseñados para facilitar a las mujeres a afrontar más efectivamente los estresores y sus tareas cotidianas, ayudarlas a anticipar las demandas asociadas a las etapas posteriores, y prepáralas para hacer frente a estos desafíos de forma exitosa.

En base a los estudios revisados, es necesario que como profesionales de salud trabajemos de forma temprana en la detección de signos y síntomas para la identificación de pacientes con riesgo de deterioro de salud mental. En tales casos, es conveniente proveerles de apoyo adicional a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad, de acuerdo a sus necesidades, contribuyendo en la prevención de reacciones emocionales desadaptativas, así como de resultados e impacto negativos en la vida de estas. Con programas psicoeducativos sobre los principales aspectos acerca de la enfermedad, derivar a grupos de apoyo, trabajar interdisciplinariamente con el fin de ofrecerles mayor apoyo social, disponibilidad de una línea telefónica para resolver dudas y consultas o sugerir planes de ejercicio personalizados. (7)

Estrategias de afrontamiento

La mastectomía practicada ante un diagnóstico de cáncer de mama representa una amenaza a la integridad psíquica, que obliga a crear un nuevo equilibrio físico, psíquico, social y espiritual.

Los datos que se obtienen de la Sociedad Americana del Cáncer (2008) que una tercera parte de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama requieren someterse a una mastectomía.

La pérdida de partes corporales, a partir de un diagnóstico de cáncer de mama, puede ser uno de los eventos más devastadores, al ser conceptuado como una enfermedad que amenaza la vida. La trayectoria del cáncer de mama posee varios retos para la mujer tales como, adaptación a la noticia del diagnóstico, planificación y recuperación de la cirugía y cuestionar el curso más apropiado del tratamiento coadyuvante.

En estos casos se interrumpe un curso de acción estable entre el individuo y su entorno, produciéndose conductas guiadas por los afectos o emociones, creándose un proceso de victimización y vulnerabilidad. El duelo por pérdida corporal es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre la imagen corporal, el sí mismo, la identidad y sobre el mundo en el que debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida. Ciertamente se presentan otras pérdidas secundarias implican la pérdida de la independencia, autoestima, autoconfianza, sensación de seguridad en el mundo y atractivo sexual en relación con las construcciones tradicionales de género.

La manera de afrontar el cáncer de mama es uno de los elementos más importantes para determinar la adaptación a la enfermedad y el bienestar de la mujer. Las participantes se ven obligadas a restaurar el equilibrio, utilizando diversas estrategias de afrontamiento, que suponen un proceso activo de interpretación, enfocado en manejar las demandas externas internas al afrontar el proceso de duelo por pérdida corporal.

La Teoría sobre Estrés Psicológico y Procesos de Afrontamientos desarrollada por Lazarus y Folkman (1987), propone que los efectos psicológicos de cualquier relación entre sujeto y ambiente vienen moduladas por dos tipos de procesos; evaluación cognitiva y afrontamiento. Este modelo teórico plantea que la adaptación o el ajuste al cáncer se basan especialmente en el proceso de afrontamiento, es decir, en el conjunto de respuestas cognitivas y comportamentales que el sujeto ha puesto en marcha ante el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos.

En 1980, Morris y Greer, acuñan por primera vez el término personalidad tipo C, para definir un estilo de comportamiento que se caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes. El Modelo del Patrón C de Personalidad, intenta demostrar que las personas que padecen cáncer de mama presentan un determinado tipo de personalidad, que las predispone a tener esta enfermedad. La personalidad Tipo C, implica la negación de las emociones y conformidad ante las normas sociales como estrategias de afrontamientos, este tipo de personalidad puede impedir una recuperación física y psicológica de la persona.

Las estrategias de afrontamiento adaptativas como las estrategias de aceptación, reinterpretación positiva, manejo del estrés, promoción de conductas saludables, prevención de conductas de riesgo, búsqueda de apoyo social y profesional oportunos, y optimizar la utilización de recursos personales, sociales y materiales permitan avanzar en una recuperación biopsicosocial de la persona y mejorar su calidad de vida. (12)

JUSTIFICACIÓN

Durante nuestras prácticas tuteladas en la Unidad de Reanimación de la Maternidad en el Hospital Universitario La Paz, observamos varios casos de mujeres mastectomizadas. Por ello, hemos reflexionado sobre la gran repercusión psicosocial para la mujer, que trae consigo la mastectomía como consecuencia del cáncer de mama.

El cuerpo es una parte esencial de nuestra identidad, las mamas tienen un significado especial para la mujer al ser consideradas como representación de sexualidad, feminidad y fertilidad.

El padecimiento patológico enfrenta a la mujer no solo a cambios físicos sino en el estilo de vida, ya que el proceso de recuperación es largo y dependerá de su capacidad de autocuidado y duelo.

La mujer mastectomizada está representada por la idea de sentirse una “mujer incompleta”. Tras el diagnóstico, la mujer sufre una serie de problemas psicológicos y sociales.

La razón de la elección de este trabajo, es que a lo largo de nuestro rotatorio hemos observado carencias por parte de enfermería a la hora de trabajar el afrontamiento tras la cirugía. Por ello, evidenciamos la necesidad de un protocolo de intervención donde el

personal de enfermería lleve a cabo intervenciones para restaurar y mantener el aspecto biológico, psicológico y social de la mujer. (13)

Reflexionando en el cuidado de enfermería en la mujer con cáncer de mama encontramos un estudio que habla de la Teoría del Caring de Jean Watson que incorpora un enfoque primordial hacia la comprensión de la experiencia, el significado y el propósito de la vida.

Jean Watson expone en su Teoría del Caring que:

“La asistencia de la enfermería profesional se desarrolla a través del estudio combinado de la ciencia y las humanidades y culmina en un proceso de atención humana entre la enfermera y la persona enferma que va más allá del tiempo y el espacio y adquiere dimensiones de carácter espiritual”. Utilizando los 10 procesos del cuidado del Caring se facilita el cuidado humanizado, la relación enfermera-paciente, la aceptación de la dualidad salud-enfermedad y vida-muerte, fomentando nuevas perspectivas para una enfermería ética y humana sin perder la visión de la ciencia. Este es un proceso de enfermería bajo la perspectiva del cuidado transpersonal, la cual facilita que la mujer con cáncer de mama alcance un grado de armonía en su mente, su cuerpo y su espíritu. (14)

OBJETIVOS

- Objetivos generales:
 - Determinar el impacto psicosocial de la mastectomía en la mujer.
 - Determinar su abordaje desde los cuidados enfermeros.

- Objetivos específicos:
 - Indagar como afecta a la autopercepción de la mujer la mastectomía.
 - Identificar las posibles carencias en las relaciones familiares y con el entorno.
 - Determinar el papel de la enfermería en la intervención de apoyo psicosocial.
 - Analizar los beneficios que observan las pacientes a las que se les realiza reconstrucción mamaria.

METODOLOGÍA

~ **Tipología**

Se ha efectuado una revisión narrativa. De acuerdo con Grant and Booth (2009) una revisión narrativa incluye la recopilación sistemática de material publicado a partir de una estrategia de búsqueda, para sintetizarlos y realizar un análisis de su contribución o valor. Este tipo de revisión permite recuperar el conocimiento generado sobre nuestra pregunta de investigación con el fin de identificar lagunas de conocimiento, evitar duplicidades en la investigación, o mejorar la práctica clínica sobre el problema abordado. (15)

~ **Estrategias de búsqueda**

Como estrategia de búsqueda metodológica para dar respuesta a los objetivos, seleccionamos artículos en bases de datos electrónicas nacionales como internacionales (CUIDEN, PubMed, Dialnet plus, Cinahl), en revistas científicas y electrónicas (PARANINFO DIGITAL, ELSEVIER, Cuidarte, Enfermería global), también se han consultado sitios web oficiales sobre el cáncer de mama (AECC, SEOM) y buscadores en internet (Google Académico) con el fin de obtener información y datos estadísticos sobre las mujeres afectadas por esta enfermedad.

Se realizan dos búsquedas bibliográficas en relación con los objetivos planteados durante los meses de diciembre y febrero. La primera en relación con el impacto psicosocial que produce la mastectomía en la mujer y la segunda en relación su abordaje enfermero.

Los tesauros de referencia utilizados en la primera y en la segunda búsqueda, respectivamente, fueron:

- Los *términos DeCS* de la primera búsqueda en las bases de datos nacionales: cáncer de mama, mastectomía, depresión, ansiedad e imagen corporal.
- Los *términos MeSH* de la primera búsqueda en las bases de datos internacionales: breast cáncer, mastectomy, depression, anxiety y body image.
- Los *términos DeCS* de la segunda búsqueda en las bases de datos nacionales: cáncer de mama, mastectomía, enfermería y cuidados de enfermería.
- Los *términos MeSH* de la segunda búsqueda en las bases de datos internacionales: breast cancer, mastectomy, nursing y nursing care.

En las diferentes búsquedas se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR” junto a los descriptores detallados anteriormente, uniendo términos y reduciendo el número de documentos disponibles sobre el tema.

Terminología usada para bases de datos nacionales	Terminología usada para bases de datos internacionales
Mastectomía (DeCS) OR cáncer de mama (DeCS)	Mastectomy (MeSH) OR breast cancer (MeSH)
AND	AND
Ansiedad (DeCS) OR depresión (DeCS) OR imagen corporal (DeCS)	Anxiety (MeSH) OR depression (MeSH) OR body image (MeSH)
Enfermería (DeCS) OR cuidados enfermeros (DeCS)	Nursing (MeSH) OR nursing care (MeSH)

Tabla I. Estrategia en la primera y segunda búsqueda. Fuente: elaboración propia.

Para completar dicha búsqueda y obtener una mayor información acerca de la alteración de las relaciones familiares y del entorno en la mujer, se combina la selección anterior con los términos siguientes:

Terminología usada para bases de datos nacionales	Terminología usada para bases de datos internacionales
Mastectomía (DeCS) OR cáncer de mama (DeCS)	Mastectomy (MeSH) OR breast cancer (MeSH)
AND	AND
Familia (DeCS)	Family (MeSH)

Tabla II. Estrategia en la tercera búsqueda. Fuente: elaboración propia.

Para seleccionar los artículos pertinentes se utilizaron diversos criterios de inclusión y exclusión.

Los *criterios de inclusión* referentes en la selección fueron:

- En todas las bases de datos se ha impuesto como fecha límite de publicación (a partir de 2011) con el fin de obtener los datos y resultados más actuales y relevantes.
- Artículos originales de estudios de tipo cualitativo o cuantitativo.
- Texto completo.
- Idioma en español o inglés.

- Deben mostrar resultados sobre el impacto psicosocial de la mastectomía en el cáncer de mama en la primera búsqueda y también mostrar resultados acerca del papel de la enfermería en dicho impacto, en la segunda.

Por otro lado, los *criterios de exclusión* a tener en cuenta fueron:

- La antigüedad de los artículos anteriores a 2011.
- Artículos en otro idioma que no fuese el español o el inglés.
- La documentación con ausencia de información acerca del impacto psicosocial de la mastectomía y su abordaje enfermero.

Al proceder a la búsqueda, se encontraron 35 artículos en Cuiden, 15 en PubMed, 37 en Dialnet Plus, 15 en Cinahl y 5 en el buscador Google Académico. Un total de 109 artículos encontrados.

En la siguiente tabla queda reflejado y esquematizado el total de documentos utilizados de las diferentes bases de datos mencionadas anteriormente.

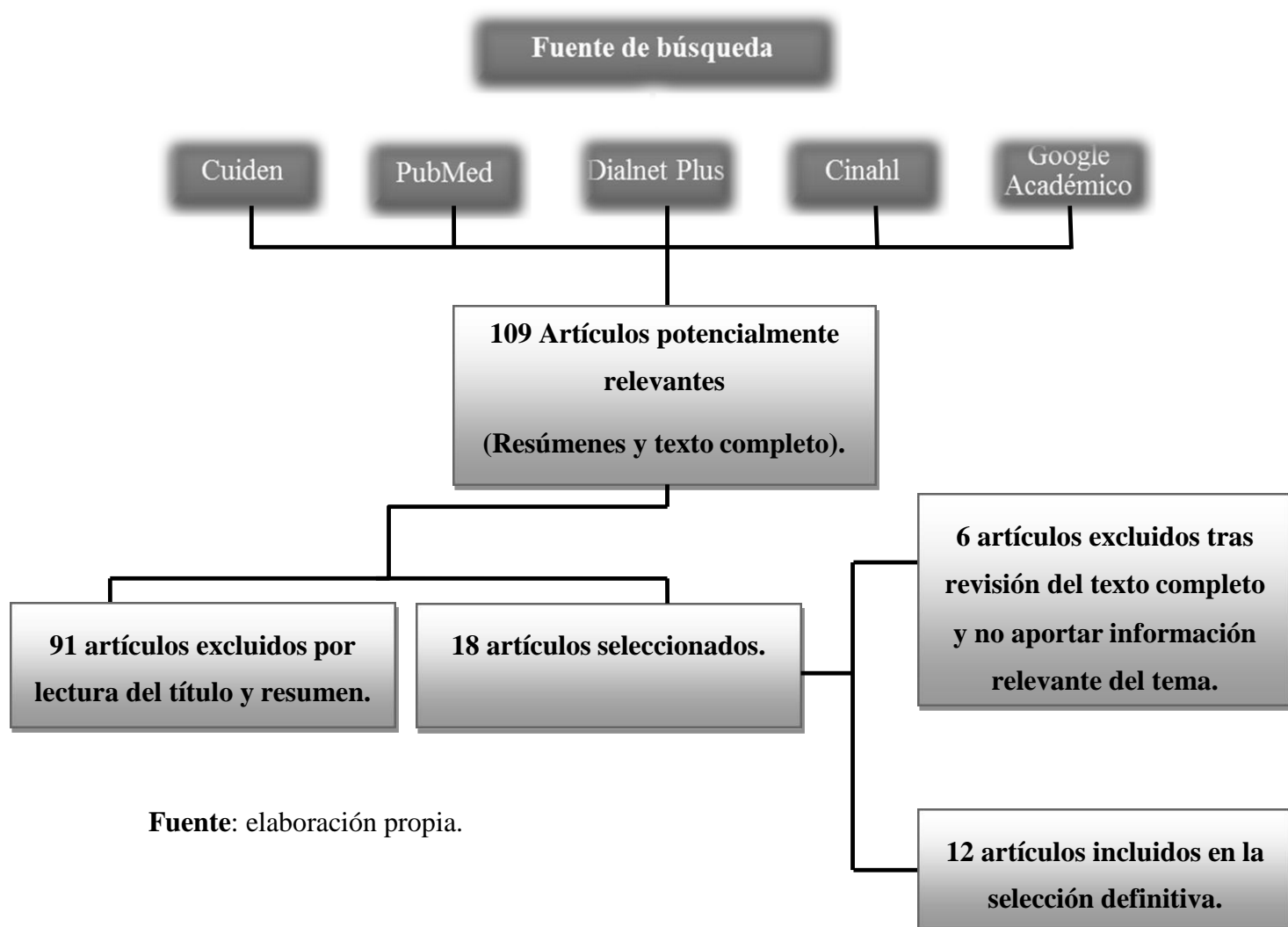
Base de datos/ Fuente	Estrategia de búsqueda	Límites	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Cuiden	“Mastectomía AND ansiedad OR depresión” “Mastectomía OR cáncer de mama AND Enfermería” “Mastectomía AND enfermería OR cuidados enfermeros”	Artículos originales Texto completo 2011-2016	35	9
PubMed	“Mastectomy AND anxiety” “Breast cancer AND anxiety OR	Review Full text 2011-2016 Female	15	1
Dialnet Plus	“Mastectomía AND Enfermería” “Mastectomía OR cáncer de mama AND familia”	Artículo revista Texto completo 2010-2019 Español	37	4
Cinahl	“Breast cancer ADN mastectomy” “Mastectomy AND depression” “Mastectomy AND nursing OR nursing care” “Mastectomy AND family”	Texto completo 2011-2016 Publicaciones académicas y revistas	17	3
Google académico	“Mastectomía”	2011-2016 Español	5	1

Tabla III. Artículos seleccionados en las diferentes bases de datos. Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS

A partir de la estrategia de búsqueda definida con anterioridad se recogieron un total de 109 artículos, tras revisar los títulos y los resúmenes, se excluyeron aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión y exclusión y que no eran relevantes resultando una muestra final de 12 artículos.

El proceso de búsqueda y selección de artículos se expresa de forma esquemática en el siguiente diagrama de flujo.



Fuente: elaboración propia.

A continuación se detallan los siguientes resultados, siguiendo los objetivos que nos habíamos marcado en el estudio:

1. Indagar cómo afecta a la autopercepción de la mujer la mastectomía

Base de datos/ Fuente	Tipo de documento/ Año	Título	Autor/es	País
Cuiden	Artículo original 2012	Ansiedad en mujeres con cáncer de mama.	Primo CC, Gonçalves LRN, Olympio, Paula Cristina de Andrade Pires, Leite FMC, Amorim MHC.	Brasil
Cuiden	Artículo original 2013	Corporeidad de la mujer mastectomizada por cáncer de mama, enfoque desde su historia de vida.	Gallegos Alvarado M, Pérez Valdez CL.	México Perú
Google Académico	Artículo original 2011	Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para	Vivar CG.	España

Tabla IV. Artículos seleccionados en relación a la autopercepción de la mujer la mastectomizada. Fuente: elaboración propia.

Nuestro primer objetivo es indagar cómo afecta a la autopercepción de la mujer la mastectomía. Encontramos, en un estudio de Brasil que evalúa el estado de ansiedad en las mujeres mastectomizadas, vinculadas a un programa de rehabilitación para mujeres con mastectomía, una prevalencia de ansiedad generalizada con un 11.9% y de depresión mayor con un 17.86%

Los síntomas con más intensidad experimentados fueron: tensión, miedo inespecífico y preocupaciones difusas. Evaluar la ansiedad en mujeres mastectomizadas es importante

para la identificación de aquellas pacientes con mayor riesgo de desarrollar perturbaciones psicopatológicas. En el momento inmediato, tras el diagnóstico de cáncer de mama, las mujeres presentan un alto nivel de ansiedad, siendo una situación esperada. Sin embargo, si la mujer mastectomizada está vinculada a un programa de rehabilitación que trabaje de manera interdisciplinar, y le ofrezca la oportunidad de expresar sus sentimientos, angustias y dudas, ayudará a que los niveles de ansiedad no vayan en aumento, teniendo en cuenta la dificultad de la situación. Aquí en España, en concreto en el hospital la Paz, no existe ningún programa que ofrezca soporte emocional y orientación a la mujer y su familia. Un programa de tales características, debido a que cualquier tratamiento provoca un impacto que influye en sus vidas, ofrecería una disminución de la ansiedad de las mujeres mastectomizadas. (16)

Para la mujer, cualquier situación que amenace la integridad de su cuerpo, producirá una serie de reacciones psíquicas de diferente intensidad, dependiendo de los recursos con los que cuente, que expresarán la pérdida de esa parte de su cuerpo cuyo significado social y fisiológico representa uno de los elementos más importantes de la simbología femenina y repercute en una deficiencia de autoestima e imagen corporal. (17)

Una de las distorsiones cognitivas, que presentan estas pacientes, se da principalmente por la atención selectiva que se tiene sobre la zona afectada (seno o senos mutilados). La alteración de la simetría corporal es entendida, por la mayoría de las pacientes, como una “deformidad”; de igual manera, suelen magnificar el tamaño de las cicatrices y esto, a su vez, provoca creencias disfuncionales relacionadas con la pérdida del atractivo personal, de su valor como persona y de la identidad sexual.

A nivel conductual, en el caso de las mujeres mastectomizadas, se pueden identificar ciertas conductas desadaptativas, tales como:

- Comportamientos de evitación de las relaciones sociales y aislamiento, debido a la vergüenza y temor al rechazo por parte de las personas del entorno.
- Evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada. A menudo tienden a magnificar la percepción y tamaño de las cicatrices, así como ver deformidad en su cuerpo.
- Cambio en el estilo de ropa: sobre todo para ocultar la parte operada.
- Problemas sexuales: dado que los senos tienen un valor cultural importante sobre la sexualidad y la percepción corporal. (18)

2. Identificar las posibles carencias en las relaciones familiares y con el entorno

Base de datos/Fuente	Tipo de documento / Año	Título	Autor/es	País
PubMed	Artículo original 2011	Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review.	Lim CC, Devi MK, Ang E.	Singapore
Cuiden	Artículo original 2013	Características socio-demográficas y de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.	Rubí García-Valenzuela L, Valencia Guzmán J, Lozano Zúñiga M, García Ambríz A, Pérez Guerrero E.	México
Cuiden	Artículo original 2013	Adaptación y afrontamiento en personas mastectomizada por cáncer de mama posterior al cuidado domiciliario.	Gallegos Alvarado M.	México

Tabla V. Artículos seleccionados en relación a carencias en las relaciones familiares y con el entorno. Fuente: elaboración propia.

En nuestro segundo objetivo, buscamos identificar las posibles carencias en las relaciones familiares y con el entorno. Para muchas mujeres, el pecho es un símbolo de feminidad y maternidad. La pérdida de sus pechos provoca una crisis en su identidad y

les lleva a sentirse menos deseables sexualmente ante sus parejas. En algunas circunstancias la mala comunicación de la pareja, junto con baja autoestima como resultado de la imagen alterada del cuerpo, puede llevar a conflicto sin resolver entre parejas. Por otra parte, el apoyo de la pareja se ha demostrado importante para mejorar el bienestar psicológico de las mujeres y acelerar la recuperación. (19)

Estudiando la calidad de vida de la mujer mastectomizada, encontramos un estudio que habla del distanciamiento en la pareja, de la carencia de placer en las relaciones sexuales, y la concepción de la mujer de mantener relaciones sexuales solo como una obligación y medio para mantener su estatus social de mujer casada, lo que evidencia la existencia o predisposición para una ruptura conyugal. A algunas de las pacientes afectadas, las relaciones matrimoniales les causan mucho estrés personal y sufrimiento.

Los resultados del estudio son: que el diagnóstico y tratamientos del cáncer de mama interfirieron en la calidad de vida de las pacientes, especialmente en la conformación de sus identidades de género y sexual. Incluso tuvieron que implementar algunas estrategias para presentarse socialmente con sus nuevas identidades. Desde la enfermería se debe trabajar en la autoimagen y la autoestima para contribuir al tratamiento de los problemas relacionados con la sexualidad en la pareja, en colaboración con un equipo multidisciplinar. (20)

Se evidencia la necesidad de relacionar el tratamiento quirúrgico de la mastectomía con la adaptación y el afrontamiento, buscando actividades que promuevan respuestas de adaptación efectivas. Una alternativa factible, en relación al beneficio-coste, es el cuidado domiciliario, ya que reduce las estancias hospitalarias, disminuye las complicaciones y supone una mejora de calidad de vida de la paciente, al favorecer la disminución del temor y ansiedad generada, cuando los pacientes están en el ambiente hospitalario. La movilización precoz facilita el manejo de la herida quirúrgica y previene otras complicaciones, como el linfedema, que puede repercutir de manera fisiológica, psicológica y social en la paciente. Este estudio demuestra que un programa de cuidado domiciliario favorece la adaptación y el afrontamiento, ya que realizar los cuidados en el entorno familiar, donde es más fácil enseñar a la mujer y a los cuidadores a realizar los cuidados con independencia, facilita la unión familiar, haciendo partícipes a los cuidadores y perdiendo el miedo a manejar la situación. Esto influye positivamente en la incorporación de las mujeres a sus roles: laboral, familiar y emocional. (21)

3. Determinar el papel de la enfermería en la intervención de apoyo psicosocial

Base de datos/Fuente	Tipo de documento/ Año	Título	Autor/es	País
Cinahl	Artículo original 2013	Identification of different depressive symptoms after mastectomy.	García-Torres F, Alós FJ.	España
Dialnet Plus	Revisión bibliográfica 2015	Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología.	Leal Torrealba C, Jiménez Picazo MS.	España
Cinahl	Artículo original 2012	A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient.	Cho HSM, Davis GC, Paek JE, Rao R, Zhao H, Xie X, et al.	USA

Tabla VI. *Artículos seleccionados en relación con papel de la enfermería en la intervención de apoyo psicosocial. Fuente: elaboración propia.*

En nuestro tercer objetivo, queremos determinar el papel de la enfermería, en la intervención de apoyo psicosocial.

La depresión en pacientes con cáncer de mama es un hecho constatado, pero hay una gran variabilidad de datos que se deben tener en cuenta. En un estudio inglés utilizaron como método de evaluación de la depresión el test BDI-II (Inventario de Depresión de Beck-II) que es una herramienta con un alto índice de fiabilidad y validez. Emplearon dos grupos en el estudio, un grupo control, que no ha padecido ninguna enfermedad, y el otro grupo, unas supervivientes del cáncer de mama. Se observó que las pacientes que

presentaban síntomas de la depresión eran el 40% de las pacientes del grupo de las supervivientes, un porcentaje más alto que en el grupo control cuyo porcentaje era del 18%, una diferencia significativa ($p = 0.02$).

Uno de los problemas con el uso de la BDI-II, en pacientes con cáncer, es la sobrestimación de síntomas somáticos, que resultan de los síntomas físicos de la enfermedad y no de la depresión. A pesar de estas limitaciones, el BDI-II puede ser considerado una herramienta adecuada para la evaluación de la depresión en pacientes con cáncer. Por último, la ansiedad es un rasgo que predice la depresión y los síntomas somáticos, por lo que ésta debe tenerse en cuenta, para mejorar las necesidades de la intervención psicológica, en las mujeres con cáncer de mama. (22)

El papel de la enfermería en el campo de la psicología, para el afrontamiento del cáncer de mama, refleja que la enfermera juega un papel importante a la hora de afrontar el dolor, como parte del proceso patológico y contribuir al ahorro de energía para que ésta sea empleada en la recuperación de la enfermedad. Con el fin de facilitar la adaptación al cáncer de mama, las enfermeras deben tener en cuenta todos los factores que podrían afectar a esta adaptación, tales como un afrontamiento inefectivo, temor, conocimientos deficientes, baja autoestima, crisis familiar, e iniciar las intervenciones necesarias en estadios tempranos. Se ayudará con la elaboración de un plan de cuidados, que formará parte de un cuidado holístico basado no sólo en el aspecto técnico sino que cubra todas las necesidades de las pacientes, abordando tanto lo físico como lo psicosocial. (23)

Hay otras maneras de que la enfermera intervenga como apoyo emocional. En un estudio de USA experimentaron con una intervención combinada en un grupo de mujeres en que la edad media de la muestra fue de 55 años. La intervención combinaba el ABC de recuperación (Iniciar la actividad precozmente (A), mejorar la autopercepción del cuerpo (B), aumentar el confort (C), más los conocimientos sobre los cuidados postquirúrgicos y la prevención del linfedema.

Se ayudaban del uso del vestido papilla, un vestido diseñado por unos investigadores. Creyeron que la mujer podría moverse más libremente en un traje cómodo y atractivo, sin tener que preocuparse de los drenajes. El vestido hacía que no hiciera falta ningún tipo de fijación para asegurar los tubos de drenaje en el lecho quirúrgico. No sólo estaba diseñado para ayudar con las molestias físicas y a promover la facilidad de

movimiento, sino que su diseño también trataba preocupaciones emocionales de malestar e imagen corporal de la mujer.

El objetivo principal de este estudio fue determinar si, la educación ofrecida antes de la cirugía y el vestido para ser usado después de la cirugía, mejoraron el conocimiento y el manejo del linfedema en las pacientes. Los resultados revelaron que las mujeres que recibieron la intervención combinada (ABC de recuperación) pueden mejorar la recuperación después de la cirugía de la mastectomía y reducir las posibles complicaciones. Este estudio sienta las bases para un modelo que puede ser empleado para mejorar la recuperación de pacientes después de una mastectomía. (24)

4. Analizar los beneficios que observan las pacientes a las que se les realiza reconstrucción mamaria

Base de datos/Fuente	Tipo de documento / Año	Título	Autor/es	País
Cuiden	Artículo original 2015	Reconstrucción mamaria y consecuencia en la vida de las mujeres. A propósito de un caso.	Martínez Cañavate MD.	España
Dialnet Plus	Artículo original 2012	Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama.	Rincón Fernández ME, Pérez San Gregorio MA, Borda Mas M, Martín Rodríguez A.	España
Dialnet Plus	Artículo original 2015	Reconstrucción inmediata en cáncer de mama. ¿Las mujeres están satisfechas con su decisión?	De la Flor López M, De Molina Fernández I, Sirgo Rodríguez A, Montes Muñoz MJ.	España

Tabla VII. Artículos seleccionados en relación con los beneficios de la reconstrucción mamaria. Fuente: elaboración propia.

Nuestro cuarto objetivo se centra en analizar los beneficios que observan las pacientes a las que se les realiza reconstrucción mamaria.

Las mujeres mastectomizadas no se sienten realmente curadas hasta que no se encuentren igual que antes de la intervención. Para ellas ofrecerles la posibilidad de una reconstrucción mamaria, significa una vida en el futuro, pudiendo permitirles también mejorar su estado psicológico

La reconstrucción mamaria tiene como finalidad recrear una mama con aspecto natural, rellenado el hueco y la deformidad que puede quedar en el tórax tras la mastectomía.

Aunque son muchas las controversias surgidas en cuanto al beneficio psicológico de la reconstrucción, la mayoría de estudios han llegado a la conclusión de que esta alternativa es clave en la recuperación de las pacientes, ya que contribuye a recuperar la imagen corporal, aumentar su autoestima y mejorar su calidad de vida.

La reconstrucción mamaria puede realizarse de forma inmediata en la misma operación, en la que se practica la mastectomía. Por otro lado, la reconstrucción diferida se realiza meses después de la mastectomía tras el tratamiento oncológico.

En el estudio realizado por Martínez Cañavate MD., se ha observado controversia entre el efecto que tiene elegir la mastectomía con reconstrucción inmediata o diferida sobre la imagen corporal, la afectación psicológica y la calidad de vida. El estudio realizado por Sociedad Española de Cirugía plástica Reparadora y Estética (SECPRE), son dos las razones por las que las mujeres prescinden de la reconstrucción mamaria inmediata, según el tipo de mastectomía al que se hayan sometido: en el caso de la mastectomía completa la razón es médica o de salud, sin embargo en el caso de la mastectomía conservadora es por decisión propia de la paciente, en muchos casos esta decisión no es apoyada por los especialistas.

No obstante, no todas las mujeres son candidatas a una reconstrucción inmediata. Depende de factores individuales como edad, constitución (general y concretamente de la mama), patologías de la paciente, del estadio de la enfermedad y de los tratamientos adyuvantes que se puedan requerir.

Varios autores y asociaciones como GERMA y SECPRE (Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética), concluyen que toda mujer mastectomizada debería ser incluida en el protocolo de reconstrucción mamaria, si sus antecedentes personales y un minucioso estudio preoperatorio lo permiten independientemente del pronóstico.

Finalmente el estudio coincide con que las pacientes que se reconstruyen una o ambas mamas tras la realización de una mastectomía por diagnóstico de cáncer de mama, consiguen lograr un alto nivel de calidad de vida. (25)

La Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla estudió si el nivel de satisfacción con el resultado estético, así como la autoestima o la imagen corporal de estas pacientes diferían según el tipo de cirugía realizada para ello empleó una Encuesta Psicosocial, la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). Encuentran que existen diversos factores que intervienen en el impacto psicosocial, éstos eran: la edad, el estado de salud previo, la duración del tratamiento, el estadio de la enfermedad. Recalcan que la mastectomía es la opción terapéutica que genera un mayor deterioro en la imagen corporal y en el nivel de funcionamiento sexual de las pacientes. Han encontrado que las pacientes con reconstrucción mamaria inmediata experimentaban un menor deterioro de la imagen corporal y una menor preocupación por el futuro que las pacientes sometidas a cirugía conservadora. (26)

En el H.U. de Tarragona asociado con la Universidad Rovira i Virgili quieren conocer la satisfacción percibida de un grupo de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama con mastectomía con reconstrucción en el mismo acto quirúrgico. En este estudio exponen las opiniones de las mujeres ante la información que reciben: las experiencias en el postoperatorio, el cumplimiento de expectativas y la satisfacción de la decisión tomada. Lo que se puede sacar de estos comentarios es que hay muchos factores que no se tienen en cuenta como la falta de información ante una operación tan importante, las complicaciones que pueden surgir, el dolor, que el resultado estético no es el esperado, el tener que convivir con grandes cicatrices que no eran esperadas. Lo que pone de manifiesto la necesidad de una mayor información sobre las complicaciones y secuelas derivadas de la reconstrucción inmediata, para poder tomar la mejor decisión, basada en criterios reales y no en el miedo por el sentimiento de pérdida. (27)

CONCLUSIONES

El cáncer de mama se ha instaurado como la enfermedad “de la mujer” del siglo XXI por sus elevadas tasas de incidencia y prevalencia, las estadísticas muestran que el cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres en el mundo, con un estimación de 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados en 2012. Perjudica considerablemente al bienestar físico, mental, social y espiritual de la persona que la padece. La mastectomía, como tratamiento de primera elección supone importantes implicaciones emocionales en la vivencia de la mujer al verse desposeída de una o ambas mamas. (28)

A partir de la revisión realizada, descubrimos que se sigue viendo la mastectomía como un tratamiento agresivo y traumático, que tiene un impacto negativo en la mujer, afectando a todas las dimensiones de su vida. Conlleva cambios en el desempeño de sus roles y en la percepción de su imagen corporal, junto sentimientos de ansiedad, tristeza, inseguridad, sensación de mutilación y miedo. Asimismo, surgen dudas y preocupaciones debido al estigma de enfermedad terminal, que ocasiona sufrimiento y muerte. Esta crisis vital se ve incrementada por los cambios corporales que se producen con el tratamiento farmacológico y quirúrgico. En esta etapa crucial se deben identificar los síntomas de ansiedad e intervenir sobre ellos precozmente, para evitar que derive en depresión.

Como comentábamos anteriormente, la dimensión de este problema no es sólo médica, sino que tiene una gran repercusión psicológica y afecta a su entorno familiar y social. En este contexto, el personal de enfermería juega un papel muy importante en el abordaje de la mujer desde la perspectiva biopsicosocial, por ello no sólo podemos dedicarnos, exclusivamente, a las técnicas, ni a los cuidados postquirúrgicos, para lograr la readaptación temprana de la mujer a su vida diaria. La falta de habilidades en la comunicación así como la falta de aptitudes enfermeras, son algunas de las barreras, a las que muchas de ellas se enfrentan, y por ello, debemos realizar una intervención psicosocial, que identifique las necesidades de la mujer y su entorno en cada etapa del proceso, desde su diagnóstico hasta los primeros meses tras la cirugía.

Para afrontar este proceso tan traumático, la mujer también considera clave el apoyo emocional de la familia.

También resaltamos los beneficios que tiene la reconstrucción de la mama en la recuperación de la autoestima, la mejora de la satisfacción con su imagen corporal y la calidad de vida, siendo más beneficioso, si es tras la extirpación de la mama.

El personal de enfermería debe ser capaz de entender la dificultad de los sentimientos y las experiencias vividas por las mujeres y así favorecer su afrontamiento. No obstante, la ausencia de habilidades en la comunicación, así como la falta de aptitudes enfermeras, son aquellas dificultades a las que muchas de ellas se enfrentan.

En este contexto, podemos evidenciar la necesidad de una mayor formación al respecto, de creación de programas de seguimiento postoperatorios específicos, seguimiento domiciliario y grupos de apoyo donde las mujeres puedan expresar sus dudas y temores. De esta manera se trabajaría desde un cuidado holístico que abarcaría a la mujer como un todo, proporcionando cuidados de calidad, que cubran todas sus necesidades, tanto físicas, psíquicas como sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Martínez Ortega RM, García Perea E. Enfermería de la mujer. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011.
- (2) Aecc [Internet]*. Incidencia, el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, (a excepción de los tumores cánceres de piel no melanomas). [Fecha de actualización 2 de septiembre de 2015]. Disponible en: <https://www.aecc.es/>
- (3) Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. [Internet]*. Las Cifras del Cáncer en España 2014. [Fecha de actualización 12 de Diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf
- (4) Espinosa E, Zamora P, Feliu J, de Castro González-Barón M. Oncología Clínica. Vol. 2. 3ªed.: Iberoamericana; 1992.
- (5) Ortega-López RM, Tristán-Rodríguez A, Aguilera-Pérez P, Pérez-Vega ME, Fang-Huerta MA. Cuidado de enfermería en paciente postoperada de mastectomía: estudio de caso. RevCuid. 2014; 5(2):842-50
- (6) Méndez Caro L, Silva Segovia J, Pereira Cuitiño B, Flores Hernández E. Discursos inscritos sobre el cuerpo: estudio sobre las implicancias de la mastectomía en mujeres chilenas. Salud Soc 2012; 3(2):152-64.
- (7) Reich Matos MM. Cáncer de mama: evaluación y análisis del impacto psicológico y de la calidad de vida en una muestra de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en diferentes estadios post-cirugía uruguayas. [Tesis doctoral]*. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud: Universidad Autónoma de Madrid; 2011.
- (8) Lim CC, Devi MK, Ang E. Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. Int J EvidBased Healthc.2011; 9(3):215-35.
- (9) Mosquera Sabio L. Necesidades de cuidados de enfermería identificadas por mujeres supervivientes al cáncer de mama de las comarcas de A Coruña y Ferrol. NureInv 2015; 12(78):1-12.
- (10) Quijano Campos JC, Rodríguez Gallego I, Moreno Carrión E, Peinado Barraso MC, Granados Matute AE, López Rodríguez L. [Internet]*. Valoración psicológica en términos de ansiedad y depresión en mujeres intervenidas por cáncer de mama. Rev

Paraninfo Digital, 2011; 12. [Fecha de actualización 8 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/162d.php>

(11) Pereira Mendes A, Da Costa Lindolpho M, Pinto Leite A. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. *Enferm Global -Esp-* 2012; 11(26):416-26.

(12) Plaza Montero A, Rosario Nieves I. La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. *Informes Psicológicos* 2014; 14(1):65-89.

(13) Muñoz Torres, T., García Valenzuela, María Leticia Rubí, Rocha Rodríguez MdR, Jiménez Arroyo V. [Internet]*. El ser ahí de la mujer mastectomizada, desde una perspectiva Fenomenológica. *Rev Paraninfo Digital*, 2011; 14. [Fecha de actualización 8 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/024o.php>

(14) Zavala-Pérez IC, Hernández-Corrales MD, Olea-Gutiérrez CV, Valle-Solís MO. Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del caring a una mujer con cáncer de mama. *RevEnferm IMSS -Méx-* 2014; 22(3):135-43.

(15) Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 reviews types and associated methodologies. *Health Info Libr J.* 2009; 26:91-108.

(16) Primo CC, Gonçalves LRN, Olympio, Paula Cristina de Andrade Pires, Leite FMC, Amorim MHC. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enferm Global -Esp-* 2012; 11(28):52-62.

(17) Gallegos Alvarado M, Pérez Valdez CL. [Internet]*. Corporeidad de la mujer mastectomizada por cáncer de mama, enfoque desde su historia de vida. *Rev Paraninfo Digital*, 2013; 19. [Fecha de actualización 8 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/357o.pdf>

(18) Vivar CG. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *AtenciónPrimaria* 2012; 44; 44(5):288-92.

(19) Lim CC, Devi MK, Ang E. Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *Int J EvidBasedHealthc.* 2011; 9(3):215-35.

(20) Rubí García-Valenzuela L, Valencia Guzmán J, Lozano Zúñiga M, García Ambríz A, Perez Guerrero E. [Internet]*. Características socio-demográficas y de calidad de

vida en mujeres con cáncer de mama. Rev Paraninfo Digital, 2013; 18 [Fecha de actualización 8 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n18/041d.php>

(21) Gallegos Alvarado M.[Internet]*. Adaptación y afrontamiento en personas mastectomizada por cáncer de mama posterior al cuidado domiciliario. Rev Paraninfo Digital, 2013; 19. [Fecha de actualización 8 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/356o.pdf>

(22) García-Torres F, Alós FJ. Identification of different depressive symptoms after mastectomy. *Psychooncology* 2013; 22(12):2857-59.

(23) Leal Torrealba C, Jiménez Picazo MS. Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología. *NureInv* 2015; 12(77):1-18.

(24) Cho HSM, Davis GC, Paek JE, Rao R, Zhao H, Xie X, et al. A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. *J Clin Nurs* 2013; 22(7-8):919-29.

(25) Martínez Cañavate MD. [Internet]*. Reconstrucción mamaria y consecuencia en la vida de las mujeres. A propósito de un caso. Rev Paraninfo Digital, 2015; 22. [Fecha de actualización 8 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/033.pdf>

(26) Rincón Fernández ME, Pérez San Gregorio MA, Borda Mas M, Martín Rodríguez A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitaspsychologica* 2012; 11(1):25-41.

(27) De la Flor López M, De Molina Fernández I, Sirgo Rodríguez A, Montes Muñoz MJ. Reconstrucción inmediata en cáncer de mama. ¿Las mujeres están satisfechas con su decisión? *Psicooncología* 2015; 12(2-3):393-03.

(28) Rahou BH, El Rhazi K, Ouasmani F, Nejari C, Bekkali R, Montazeri A, et al. Quality of life in Arab women with breast cancer: a review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes* 2016; 14(1):1.