



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Leioako Erizaintzako
Unibertsitate Eskola
Escuela Universitaria
de Enfermería de Leioa

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO
CAMPUS DE LEIOA**

TRABAJO FIN DE GRADO

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA MASTECTOMÍA EN LA
MUJER: EL ROL DE LA ENFERMERA.**

Laura Martínez Iglesias

Leioa, 16 Mayo del 2014

RESUMEN

La mastectomía, ya sea debida a un cáncer de mama o realizada profilácticamente, es considerada por muchas mujeres como un ataque a su feminidad e identidad, causando en ellas un gran impacto psicosocial que comprometerá su calidad de vida. Por un lado, la mastectomía afecta negativamente a algunos aspectos de su autopercepción como son su imagen corporal o su sexualidad. Por otro lado, sus relaciones sociales pueden verse perjudicadas, pudiendo resultar en una ruptura con sus parejas o en el cese de sus relaciones sexuales incluso tras la reconstrucción. Ante estos problemas, la enfermera debe ayudar a la mujer a adaptarse a esta nueva situación a través de unos cuidados individualizados que favorezcan su auto-aceptación y promuevan la reestructuración social. Sin embargo, muchas enfermeras reconocen una falta de conocimiento y dificultades comunicativas a la hora de abordar estos temas, así como una escasez de medios para poder realizarlo. Por todo ello, parece evidente la necesidad de una formación específica al respecto.

Palabras clave: Mastectomía, cáncer de mama, Imagen corporal, sexualidad, enfermera.

INDICE

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 2. | OBJETIVOS | 4 |
| 3. | METODOLOGÍA..... | 4 |
| 3.1 | PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO | 4 |
| 3.2 | MATERIAL Y MÉTODOS | 4 |
| 3.2.1 | Revisión bibliográfica..... | 4 |
| 3.2.2 | Cardiff Breast Unit | 7 |
| 4 | RESULTADOS | 7 |
| 4.1 | ALTERACION DE LA AUTOPERCEPCIÓN | 8 |
| 4.1.1 | Imagen corporal y sexualidad | 8 |
| 4.1.2 | Repercusión de la mastectomía profiláctica..... | 10 |
| 4.1.3 | Beneficios de la reconstrucción mamaria..... | 11 |
| 4.1.4 | Sentimiento de pérdida..... | 12 |
| 4.2 | AFECTACION DE SUS RELACIONES..... | 13 |
| 4.2.1 | Cambios en su relación con la familia y el entorno | 13 |
| 4.2.2 | Impacto en la relación de pareja..... | 14 |
| 4.2.3 | Alteración de las relaciones sexuales | 16 |
| 4.3 | ROL DE LA ENFERMERA..... | 18 |
| 5 | DISCUSIÓN..... | 21 |
| 6. | CONCLUSIONES | 25 |
| 7. | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 26 |
| 8. | ANEXO..... | 30 |

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es un problema de salud muy relevante, siendo el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo. Cada año se diagnostican en España 22.000 nuevos casos de cáncer de mama, representando así un 28.5% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se detectan entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. Se estima que una de cada ocho mujeres padecerá esta enfermedad a lo largo de su vida¹.

En las últimas décadas, se ha producido un aumento de la incidencia de cáncer de mama, probablemente debido a un envejecimiento de la población y a una detección más temprana de la enfermedad. Como resultado, cada año, las tasas de incidencia aumentan en torno a un 1-2%¹.

Afortunadamente, el diagnóstico precoz de cáncer de mama ha aumentado considerablemente en los últimos años. Más concretamente, España, es el segundo país europeo tras Francia con una mayor proporción de mujeres de entre 50 y 69 años que se han realizado al menos una mamografía en su vida (92.3%)². Estos avances en el diagnóstico precoz unidos a las mejoras en los métodos de tratamiento, han posibilitado una considerable disminución de la tasa de mortalidad de la enfermedad y en la actualidad, alrededor del 83% de las mujeres con cáncer de mama sobreviven a los 5 años¹.

Sin embargo, esta enfermedad continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres (14% del total de fallecimientos por tumores malignos)^{1,3,4}. Además, a pesar de que la cirugía como opción de tratamiento ha disminuido⁵, en torno a un 30% de las mujeres continúan requiriendo una mastectomía⁴.

La mastectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación de parte o de toda la mama¹. Entre los diferentes tipos, los más comunes son:

- **Mastectomía radical.** Se basa en la extirpación de la mama con la piel que la recubre, los músculos pectorales y los ganglios linfáticos axilares. Esta técnica diseñada por Halsted comenzó con el objetivo de tratar a

pacientes con ganglios axilares palpables y enfermedad localmente avanzada. Tuvo escasa efectividad, posiblemente debido al estadio avanzado de la enfermedad en el momento del diagnóstico.⁶

Durante el siglo XX, se amplió la extensión del tejido incluyendo en algunos casos la disección supraclavicular, la extirpación de los ganglios linfáticos del mediastino, mamarios internos y supraclaviculares. Como consecuencia, las tasas de mortalidad y morbilidad aumentaron. Con los años, al reconocer que la mortalidad era causada por una propagación sistémica de las células antes de la cirugía y no por una resección inadecuada, se estableció la mastectomía radical modificada como método de tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama invasivo. Actualmente los médicos solo consideran la mastectomía radical cuando el tumor se ha diseminado a los músculos del pecho.⁶

- **Mastectomía radical modificada.** Consiste en la extirpación completa de la mama y los ganglios axilares.⁶
- **Mastectomía total o simple.** Se basa en la extirpación de la mama, el pezón y el complejo aureolar. En este tipo de cirugía se conservan los músculos pectorales y los ganglios linfáticos axilares aunque en ocasiones se extirpan los ganglios de la parte superior externa de la mama y de la parte inferior de la axila.⁶

Además del impacto del tratamiento y de la propia enfermedad, la mujer no solo tiene que enfrentarse con el tabú que supone el cáncer⁷, sino también con las connotaciones psicosociales que conlleva sufrir una enfermedad en esta parte del cuerpo⁸. El pecho tiene un significado especial para la mujer por ser considerado un órgano que representa su sexualidad, su feminidad y su fertilidad^{7, 9}.

Tras el diagnóstico del cáncer de mama, la mujer tiene que hacer frente a la posibilidad de perder una parte del cuerpo que ha sido glorificada y sexualizada por muchas culturas y sociedades, constituyendo una parte fundamental del idea estético femenino.¹⁰

A través de la historia, el ideal estético femenino ha cambiado, y los senos de la mujer se han representado en el arte y en la escultura de diversas formas, según el concepto de belleza dominante en cada periodo histórico. Desde la antigüedad, esculturas como la Venus de Laussel y la Venus de Willendorf muestran senos grandes y caderas anchas, asociando la belleza con la fertilidad.¹¹ Más adelante en Grecia, diversas esculturas griegas como la Venus de Milo o la Afrodita de Cirene redefinen los cánones de belleza buscando la armonía del cuerpo. Durante la Edad Media, se produce una disminución en cuanto al culto de la estética y de la feminidad, siendo el renacimiento la época en la que vuelve a cobrar importancia.¹¹

En la actualidad el culto al cuerpo se ha convertido en una práctica generalizada, que es fomentada por los medios de comunicación. Las imágenes que nos muestran sólo sirven para reiterar la conexión entre las mamas de la mujer y su atractivo sexual.¹²

Como consecuencia, no resulta sorprendente el gran impacto psicológico y social que supone la mastectomía para ellas, siendo considerada una mutilación de su propio cuerpo.⁷ Tras ella, la paciente deberá adaptarse a los cambios en su imagen corporal, o de lo contrario, su autoestima, su feminidad y su identidad pueden verse también dañados⁸, pudiendo desembocar en un deterioro de la calidad de vida.

La enfermera es esencial para ayudarle en este proceso de recuperación de su identidad, siendo imprescindible para ello que conozca el impacto psicológico de la intervención y así poder comprender y empatizar mejor con la paciente y su familia.^{4, 12,13} En trabajo expuesto a continuación se analizará la relevancia del personal de enfermería en este tipo de situaciones a través de una revisión pormenorizada a la bibliografía cuyas características y resultados se exponen a continuación.

2. OBJETIVOS

Objetivo general: Describir el impacto psicológico y social de la mastectomía en la mujer e identificar el rol de la enfermera en su cuidado.

Objetivos específicos:

- . Analizar cómo afecta la mastectomía a la autopercepción de la mujer.
- . Describir cómo se ven afectadas las relaciones con la pareja, el resto de familiares y el entorno.
- . Examinar la función de la enfermera proporcionando soporte psicológico al respecto.
- . Identificar dificultades que perciben las enfermeras al proporcionarles apoyo psicológico.

3. METODOLOGÍA

3.1 PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO

Previo a comenzar el trabajo, se solicitó autorización a la responsable de estudiantes de enfermería de la Universidad de Cardiff para ser aceptada como alumna en un centro especializado en cáncer de mama durante el máximo tiempo que fuera posible. Una vez concretada y aceptada la propuesta, se realizó un cronograma de la organización del trabajo y se pidió a la tutora que diese su aprobación.

3.2 MATERIAL Y MÉTODOS

Para el desarrollo de la monografía se han utilizado dos tipos de aproximaciones metodológicas que dan respuesta a los distintos objetivos que se acaban de poner de manifiesto:

3.2.1 Revisión bibliográfica

3.2.1.1 Estrategia de búsqueda

Primeramente se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica basada en libros y tesis de la Universidad de Cardiff y de la Universidad del País Vasco, seleccionándose un total de cuatro libros y una tesis.

Posteriormente se procedió a completar dicha búsqueda seleccionando artículos a partir de los siguientes recursos:

- . Bases de datos electrónicas (PUBMED, DIALNET) y Biblioteca Virtual Biomédica (SCIELO)
- . Revistas científicas (ELSEVIER)
- . Revistas electrónicas sciencedirect.com
- . Buscadores en internet: Google académico
- . Web asociación española contra el Cáncer

Los términos utilizados para la búsqueda de información en las distintas bases de datos fueron una combinación de términos MeSH, en inglés o en castellano, en función de las características específicas de cada una de ellas. Se realizó una primera búsqueda para analizar el impacto de la mastectomía en la mujer a partir de los términos expuestos en la tabla 1.

| SELECCIÓN 1 | |
|---|--|
| TERMINOLOGIA USADA PARA BASES DE DATOS INGLÉS | TERMINOLOGIA USADA BASES DE DATOS EN CASTELLANO |
| Mastectomy (MeSH) OR breast neoplasms (MeSH) OR mammoplasty | Mastectomía (DeCS) OR cáncer de mama OR mamoplastia (DeCS) |
| AND | AND |
| Body image (MeSH) OR femininity (MeSH) OR sexuality (MeSH) OR quality of life (MeSH) | Imagen corporal (DeCS) OR feminidad (DeCS) OR sexualidad (DeCS) calidad de vida (DeCS) |

Tabla 1. Estrategia de búsqueda¹

Para completar la búsqueda y obtener información sobre la relación de la mujer con el entorno, dicha selección de términos fue combinada con los términos que aparecen a continuación:

¹ Términos seleccionados para la obtención de bibliografía referente al impacto de la mastectomía en la autopercepción de la mujer. Fuente: elaboración propia.

| | | | |
|------------------------|-----|---------------------------|----------------------------|
| SELECCIÓN 1 | AND | 1. Nurses (MeSH) | 1. Enfermeras (DeCS) |
| | | 2. Sexual partners (MeSH) | 2. Parejas sexuales (DeCS) |
| | | 3. Family (MeSH) | 3. Familia (DeCs) |

Tabla 2: Estrategia de búsqueda bibliográfica²

Esta exploración retrospectiva del tema se complementó con una búsqueda de nombres de autores (N. West y P. Hopwood)

3.2.1.2 Criterios de selección

Los criterios de inclusión fueron artículos originales de estudios de tipo cualitativo o cuantitativo, cuyo tema central fuera la evaluación del impacto psicológico de la mastectomía y/o del cáncer de mama en las mujeres y en su entorno familiar y social. Dicha búsqueda se amplió incluyendo artículos que analizaran la función de la enfermera en lo mencionado. Se excluyeron los artículos que no tenían acceso libre desde nuestra universidad al texto completo y aquellos que estaban en otro idioma que no fuese el inglés o el español. No se aplicaron limitaciones en el año de publicación o en la edad de las mujeres de los estudios seleccionados, aunque se intentó comprender la búsqueda entre los años 2009 y 2014, a excepción de artículos considerados de gran relevancia.

3.2.1.3 Análisis de datos

Durante los meses de diciembre de 2013 hasta marzo de 2014 se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos electrónicas, donde se identificaron 109 artículos. Tras revisar los títulos y resúmenes, se excluyeron aquellos que no cumplían los criterios de selección y se descargaron los textos completos de los que pudiesen ser útiles en el estudio. De los 45 primeramente seleccionados, se excluyeron los 15 menos relevantes (Tabla 3).

² Combinación de términos empleados en la obtención de información sobre la repercusión de la mastectomía en las relaciones sociales de la mujer. Fuente: elaboración propia.

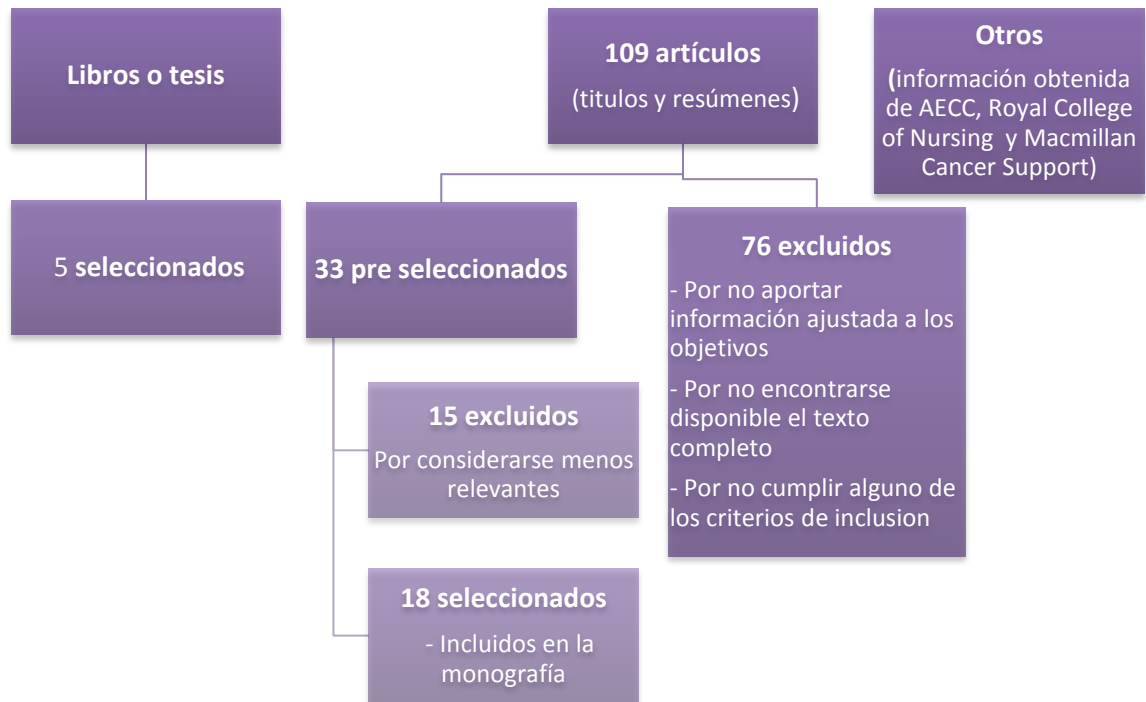


Tabla3. Resultados de la búsqueda bibliográfica³

3.2.2 Cardiff Breast Unit

Para una mejor aproximación al tema tratado se llevaron a cabo 3 semanas de observación no participante en el “Cardiff Breast Unit”, unidad situada en el hospital Universitario de Llandough (Gales) que se ocupa de cualquier enfermedad benigna o maligna de la mama. Durante mi estancia allí, permanecí con Nicola West, enfermera consultora de mama y autora de uno de los capítulos del libro “Breast Cancer Nursing: care and management”, que ha ocupado un lugar destacado en este trabajo, y con Grace Uruski enfermera especialista en el cuidado de la mama.

4 RESULTADOS

La mastectomía supone para la mujer una mutilación de su cuerpo que no sólo le afecta físicamente, sino también psicológica y socialmente⁷. Aunque son muchos los problemas psicológicos que pueden experimentar las mujeres con cáncer de mama, a continuación se detallan aquellos que afectan principalmente como consecuencia de la mastectomía. Éstos son divididos en dos grupos:

³ Fuente: elaboración propia.

aquellos que afectan a la autopercepción de la mujer y los que afectan a sus relaciones.

4.1 ALTERACION DE LA AUTOPERCEPCIÓN

4.1.1 Imagen corporal y sexualidad

4.1.1.1 Definición de la imagen corporal

La imagen corporal puede ser definida como la evaluación tanto cognitiva como emocional que la persona tiene de su propio cuerpo en un momento determinado. La evaluación de la imagen corporal constituye una de las mayores dificultades en cuanto a su investigación, ya que la gran variedad de instrumentos utilizados para analizarla puede comprometer la generalización de resultados⁸.

Debido a la falta de una escala adecuada para medir la imagen corporal en los pacientes con cáncer, Hopwood et al¹⁴, llevaron a cabo una a partir de diez ítems con formato de respuesta en escala likert de cuatro alternativas; 0 ("nada"), 1 ("un poco"), 2 ("bastante") y 3 ("mucho"). Estos ítems fueron obtenidos a partir de la literatura, de la discusión con distintos profesionales sanitarios y de extensas entrevistas con mujeres con cáncer de mama. Primeramente la escala fue probada en una muestra heterogénea de 276 pacientes con cáncer en Gran Bretaña. Tras modificaciones, la escala fue probada de nuevo en 682 pacientes británicas con cáncer de mama, divididas en 7 grupos en función del tratamiento recibido. Finalmente, se consideró que esta escala tenía el mínimo de ítems necesarios para la medición de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama, y que a la vez, su estructura general permitía aplicarla en pacientes con cáncer de otro tipo de localización (Anexo 1).

4.1.1.2 Definición de sexualidad

La sexualidad forma parte de la identidad de la persona, teniendo un significado único en cada individuo¹⁵. De manera individual incluye las creencias familiares, sociales y religiosas y cambia con la edad, el estado de salud y la experiencia personal⁷.

La sexualidad coincide en parte con la imagen corporal⁸, ya que ambas se refieren a la forma en que la mujer siente su feminidad y atractivo físico⁴. Por esta razón, el impacto que produce la mastectomía en ellas será explicado de manera conjunta.

4.1.1.3 Modificaciones en la imagen corporal y sexualidad

Tras la mastectomía, la mujer tiene que adaptarse a unos cambios en su imagen corporal con los que tendrá que convivir el resto de su vida⁴, y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva⁸.

“Después empezó el proceso de descubrir que solo eres media... mi feminidad desapareció. No me reconocía a mí misma- no era yo...”¹⁶

(Declaración de una mujer tras la mastectomía)

La pérdida del pecho causa en ella una pérdida de simetría, un cambio evidente en su apariencia física que también se demuestra al vestirse, especialmente con prendas ajustadas⁵. Al cabo de un año de la operación, algunas mujeres consiguen resolver sus preocupaciones, pero otras muchas otras continúan preocupándose por su cuerpo, sus cicatrices, las prendas de vestir y las prótesis¹⁰.

Con respecto a los problemas que derivan de la mastectomía, y a diferencia de otros derivados del tratamiento del cáncer de mama, los problemas de imagen corporal y sexualidad no suelen resolverse en los dos primeros años tras la intervención^{3,5}. En un estudio llevado a cabo por Fallbjörk⁵ et al en 76 mujeres mastectomizadas a partir de dos cuestionarios, se determinó que tras 3 años de la cirugía las mujeres percibían su imagen corporal prácticamente de la misma forma que 10 meses tras la operación, sin que hubiesen cambiado sus sentimientos de atractivo, cómo consideraban su cuerpo o sus sentimientos de durante dicho periodo de dos años. Asimismo, en un estudio realizado por Sepideh Bakht et al⁷, se comparó los problemas sexuales y de imagen corporal en 20 mujeres con cáncer de mama y otras 20 sanas. Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la percepción de su imagen corporal en todas sus categorías excepto en la relacionada con el peso. Algunas de las categorías afectadas fueron las que medían la autoevaluación de su propia apariencia física, la importancia de ésta para ella y la satisfacción con sus partes del cuerpo.

4.1.2 Repercusión de la mastectomía profiláctica en la autopercepción de la mujer

La mastectomía profiláctica es una intervención asociada con una reducción de las posibilidades de padecer cáncer de mama en más de un 90%^{4,17}. Estas mujeres pueden ver su imagen corporal y su sexualidad dañada de la misma forma que aquellas que son sometidas a cirugía debido al cáncer de mama. Por esta razón, el impacto psicosocial en ellas no debe ser subestimado y es esencial que reciban atención psicosocial tanto antes como después de la operación¹⁷.

Existen estudios recientes que han analizado el impacto de la mastectomía profiláctica en el bienestar psicosocial de la mujer. En un estudio llevado a cabo por Y. Brandberg et al¹⁸ se evaluó la imagen corporal, sexualidad, reacciones emocionales (ansiedad, depresión) y calidad de vida de 90 mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de mama 6 meses antes y un año después de realizarse una mastectomía bilateral profiláctica. Como resultado, se descubrió que una gran proporción de ellas padecían problemas con su imagen corporal, dato que coincidía con estudios anteriores. Más concretamente, tras un año de la intervención quirúrgica, un 48% mostraban problemas de inseguridad, un 48% aseguraba sentirse menos atractiva físicamente y un 44% presentaba insatisfacción con las cicatrices. Además, las mujeres que no respondieron a dicho segundo cuestionario, fueron aquellas que declaraban más problemas de imagen corporal 6 meses antes de la intervención, por lo que podría haber una subestimación de los problemas de imagen corporal experimentados en el resultado final. Tras la mastectomía, la ansiedad disminuyó aunque la depresión se mantuvo estable. Una limitación del estudio fue que las preocupaciones específicas acerca el cáncer no fueron medidas, problema importante para poder comprender el sufrimiento de las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama.

En otro estudio realizado por J.P. Gople et al¹⁷ en 2013, se proporcionaron 3 cuestionarios a 71 mujeres sanas con alto riesgo de padecer cáncer de mama antes de realizarse una mastectomía bilateral profiláctica, a los 6 meses y tras finalizar la reconstrucción mamaria, con el objetivo de conocer el impacto psicológico de todo el proceso. Como resultado se mostró un empeoramiento significativo de la imagen corporal a los 6 meses de la intervención. Además, tras la reconstrucción la mayoría de los problemas de imagen corporal no habían

cambiado en un 30% de las mujeres. De hecho, un 37% de las mujeres referían percibir sus mamas de forma poco agradable, un 29% no se mostraban satisfechas con la apariencia de éstas y un 21% se sentían avergonzadas con su cuerpo desnudo. En este estudio, la mayoría de mujeres que lo abandonaron antes del segundo o tercer cuestionario no tenía pareja a diferencia del resto de participantes.

Parece que, aunque la mastectomía profiláctica suele reducir de forma significativa las preocupaciones de la mujer en cuanto a padecer cáncer de mama, éstas pueden ser sustituidas por otras como un aumento de los problemas físicos o un impacto negativo en su imagen corporal¹⁷. En cualquier caso, muchas de las mujeres sometidas a esta intervención, consideran estas consecuencias como algo menos importante que el alto riesgo de padecer cáncer de mama, por lo que como resultado final sienten mejoría¹⁸.

4.1.3 Beneficios de la reconstrucción mamaria en la mejora de la autopercepción de la mujer

Tras la mastectomía la mujer puede aceptar su cuerpo tal y como está, decidir llevar una prótesis externa o someterse a una reconstrucción mamaria para sustituir esa pérdida¹⁶. Algunas mujeres optan por llevar una prótesis externa para mejorar su adaptación psicológica. Sin embargo, aunque las prótesis externas pueden ocultar la pérdida de la mama de cara al exterior, éstas no se incorporan a la imagen corporal de la mujer y no siempre resuelven su sentimiento de deformidad¹⁹. Por esta razón, muchas mujeres se someten a una reconstrucción mamaria en un intento de recuperar la simetría y belleza estética de sus mamas, pudiendo permitirles también mejorar su estado psicológico^{4, 20}.

(La reconstrucción) Me ayudó mucho a seguir, porque cuando me desvestía a las tardes me acordaba de que había tenido cáncer. Ya no pienso más sobre ello. Tengo unos bonitos pechos; estoy muy satisfecha con ellos. Puedo vestirme con cualquier ropa. Bien... me sentí entera cuando recuperé mi pecho. Y ahora lo considero como mi propio pecho¹⁶
(Declaración de una mujer tras la reconstrucción mamaria)

Aunque son muchas las controversias surgidas en cuanto al beneficio psicológico de la reconstrucción, la mayoría de estudios parece coincidir en su

impacto positivo^{4, 19, 20}. Al-Gazhal et al¹⁹ llevaron a cabo un estudio en 577 pacientes sometidas a distintos tipos de operaciones para un cáncer primario de mama (el 44% escisión local ampliada, el 35% mastectomía simple y el 21% restante mastectomía y reconstrucción mamaria) con el objetivo de analizar la morbilidad psicosocial y la satisfacción de las pacientes (ansiedad, depresión, imagen corporal, sexualidad y autoestima) mediante cuestionarios de autoevaluación. Los resultados mostraron una mayor satisfacción y mejor imagen corporal en las pacientes sometidas a una escisión local ampliada, y una mayor morbilidad psicosocial en las pacientes mastectomizadas que no se realizaron la reconstrucción. Puesto que actualmente muchas mujeres son sometidas a una mastectomía por no tener posibilidad de curación con la escisión local, muchos estudios como éste aconsejan la reconstrucción como una opción para todas las mujeres mastectomizadas.

Otros estudios como el realizado por Y. Eltahir et cols²⁰ en 92 mujeres sometidas a reconstrucción mamaria y 45 únicamente mastectomizadas, coincide en el impacto positivo de esta intervención. En él se mostró que las mujeres con una exitosa reconstrucción mamaria estaban significativamente más satisfechas con la apariencia de sus mamas, mostraban un mayor bienestar psicosocial y sexual y un mejor funcionamiento físico, con menos dolor y discapacidades que las mujeres mastectomizadas. Este estudio también coincidió con estudios anteriores en que las pacientes con mayor nivel educativo mostraban más insatisfacción con los resultados obtenidos tras la reconstrucción, posiblemente debido a sus mayores expectativas ante el resultado. Una de las limitaciones de esta investigación fue utilizar como criterio de exclusión el fracaso del implante, descartando 12 pacientes. Además un total de 115 mujeres decidieron no participar en el estudio, sin ser claras sus razones y características. Todo ello pudo modificar los resultados obtenidos en el estudio.

4.1.4 Sentimiento de pérdida

La cirugía representa una pérdida para la mujer en la que no solo pierde una parte de su cuerpo, sino también su confianza, seguridad y autoestima¹². Algunos estudios sugieren que el causante de los problemas psicológicos es más la pérdida de control sobre la mortalidad, que los cambios físicos en la imagen corporal producidos por la mastectomía⁴. Muchas mujeres sienten una

pérdida de control al ver que sus vidas dependen de los profesionales de salud y no de ellas mismas.

4.2 AFECTACION DE SUS RELACIONES

4.2.1 Cambios en su relación con la familia y el entorno

El cáncer de mama y su tratamiento no sólo tiene un gran impacto en la mujer, sino también en su familia y seres queridos. Cuando el bienestar de un miembro de la familia se ve afectado por una patología, se producen una serie de cambios psicológicos en todo el grupo familiar. Por todo ello, es de especial relevancia que el personal sanitario sea capaz de observar las reacciones y el significado del cáncer de mama en la familia para poder ayudar a la paciente a entender las propias respuestas de su familia ante la enfermedad¹².

Cada persona reaccionará de una forma distinta, pudiendo variar dependiendo de la gravedad de su situación, del tratamiento que requiera la mujer y del parentesco que les une a ella¹².

- . El miedo es una reacción muy común en los seres queridos, especialmente si la vida de la paciente está en juego. Entre los temores más comunes destacan el miedo a la muerte, a los efectos del tratamiento, a la dificultad de las operaciones y a los cambios físicos de la mujer (como es la pérdida de pecho como consecuencia de la mastectomía)¹².

- . Otro sentimiento que pueden experimentar es la culpa, ya que es la mujer quien padece la enfermedad y no ellos mismos. En este sentido, los padres de la mujer afectada pueden sentir que, siguiendo el orden natural de las cosas, ellos deberían de morir antes que sus hijos y sentirse culpables porque ello no ocurra¹². En otras ocasiones, por el contrario, algunos seres queridos tienden a culpar a la víctima por padecer el cáncer, acusándola por ejemplo de no haberse realizado autoexámenes de la mama o por no haberse realizado las mamografías bianuales. Al encontrar una “razón” por la que la mujer tuvo cáncer, ellos pueden sentir que no les ocurrirá lo mismo y les tranquiliza¹⁰.

- . La protección del paciente con el objetivo de ahorrarle dolor y sufrimiento es otra reacción muy común entre los seres queridos. El hecho de intentar sobreprotegerla puede resultar especialmente estresante para la mujer. En algunos casos pueden llegar a intentar que la mujer no reciba información completa sobre su diagnóstico o su pronóstico por parte de los profesionales sanitarios¹².
- . Algunos seres queridos sienten inseguridad tras el diagnóstico; muchos no saben cómo reaccionar o qué decir. Como consecuencia, puede ocurrir que se alejen de la mujer para no invadir su intimidad y así no herir sus sentimientos.¹⁰
- . Otra reacción es actuar como si nada hubiese cambiado, negando la enfermedad que padece su ser querido e incluso reduciendo el contacto con éste¹⁰.

Tras estas reacciones, resulta frecuente que algunas mujeres sientan que su familia y entorno no se preocupa por ellas y que sus seres queridos han vuelto a la normalidad dejándolas solas con su pérdida. Por el contrario, otras se sienten asfixiadas con la sobreprotección de sus familias, y son ellas las que tratan de recuperar la normalidad en sus vidas. Fomentar la sinceridad dentro de la familia puede ayudar a que éstos mejoren su entendimiento en cuanto a las respuestas de los otros y disminuya la frustración que les produce cuando otros miembros de la familia no viven la enfermedad de la misma forma que ellos o no se encuentran en la misma fase de aceptación¹².

4.2.2 Impacto en la relación de pareja

Para la mayoría de mujeres, el apoyo de sus parejas durante la enfermedad es imprescindible, siendo considerados el mejor soporte físico y psicológico posible por muchos autores²¹. En un estudio citado en 2011 por Biggatti SM el al²¹, Pistrang N (1995) constata que aunque la paciente tuviese apoyo de otros seres queridos, ello no compensaría los efectos negativos de una pareja que no es de ayuda.

Tras la mastectomía, muchas mujeres sienten una gran preocupación a ser rechazadas por sus maridos y a que no vuelvan a sentirse atraídos sexualmente por ellas¹². En una investigación llevada a cabo por I. Aydin Avci et al⁹ en 59 mujeres mastectomizadas que tenían pareja estable, se mostró que un 34% de ellas pensaban que la intervención afectaría negativamente a su relación. No se encontró ninguna relación entre las características descriptivas de las mujeres (edad, educación, empleo, lugar de residencia, salario) y el ajuste de la relación con el cónyuge. Sin embargo, se encontró que aquellas mujeres que antes de la mastectomía percibían expectativas negativas hacia el futuro, tenían un peor ajuste matrimonial tras la operación.

“... Me fui a casa con las grapas y no quería que él me viera. Y él decía que no pasaba nada, que si yo no quería, él lo respetaría. De todas maneras, yo hubiera necesitado que él me hubiese insistido, yo supongo que sí que tenía ganas, daba una imagen que no era la real, estaba en contradicción, porque me daba miedo su rechazo, su cara de no aceptación”^{22, p.4}. (Declaración de una mujer tras la mastectomía)

Por otro lado, muchos hombres pueden verse también afectados ante los cambios en la apariencia física de su mujer. Las reacciones que pueden presentar son muy variadas, desde no representar un gran problema para ellos, ya que consideran la preservación de la vida como principal prioridad²³, hasta considerar la desfiguración física como un hecho traumático e impactante²⁴.

Como consecuencia, la relación de muchas parejas puede verse alterada. En algunos casos, esta lucha contra la enfermedad fortalece su relación, especialmente cuando son capaces de expresar sus preocupaciones y miedos a la otra persona¹². Algunos maridos consideran haberse enfrentado al cáncer y su tratamiento como un equipo. Según los relatos de algunos maridos en diversos estudios, cuando su mujer fue diagnosticada, ellos se implicaron y ofrecieron apoyo en todo el proceso de la enfermedad, atendiendo a las demandas emocionales de sus mujeres y llevando a cabo todo lo que consideraron necesario para vencer el cáncer de mama juntos^{23, 24}. Muchos decidieron responsabilizarse de las tareas del hogar que sus mujeres solían realizar así como del cuidado de los hijos. Para algunos pocos, esta carga de trabajo supuso un gran reto; mientras que otros preferían sentirse ocupados y se sentían mejor al poder ayudar en el bienestar de su mujer²⁴. Además, muchos buscaron formas

de implicarse activamente en su tratamiento. La comprensión de la información recibida, el estudio de las distintas opciones de tratamiento o la búsqueda del mejor médico son algunas de las estrategias que usaron para alcanzar un mejor entendimiento de la situación²⁴. Una vez la mujer fue sometida a la mastectomía, los maridos refirieron seguir los cuidados postquirúrgicos de la zona rigurosamente, incluyendo las medidas para evitar o minimizar el riesgo de infección²³.

“Cuando ella volvió a casa, seguí rigurosamente las instrucciones que me dieron.”^{23, p.321} (Declaración de un marido)

En otras ocasiones por el contrario, el cáncer de mama y la mastectomía tiene un impacto negativo en sus relaciones. Algunos refieren que intencionadamente tratan de no pensar o hablar sobre el tema, ya que es algo que no podrían cambiar. Siguiendo estas líneas, muchos de ellos eligen no mirar la cicatriz, no pedir información a los profesionales sanitarios o a sus parejas y no acompañarles a las citas médicas²⁴.

“...Con suerte, creo que si no hablamos sobre ello, ya sabes, desaparecerá.”^{24 p.10} (Declaración de un marido)

4.2.3 Alteración de las relaciones sexuales

En cuanto a las relaciones íntimas de pareja, existe una gran variedad de respuestas referidas al respecto. Por la general, la mastectomía provoca que muchas mujeres disminuyan o incluso cesen sus relaciones sexuales²². Muchas de ellas describen un empeoramiento de sus sentimientos de atractivo sexual y su comodidad a la hora de tener relaciones sexuales, así como una percepción de que el interés sexual de sus parejas también ha disminuido⁵.

“... Sí, tenemos relaciones normales, pero yo también pienso que para él soy una mujer poco atractiva, encima que solo tengo un pecho y pequeño, a los hombres las mujeres que tienen más pecho les atraen, yo así no puedo resultar muy atractiva sexualmente...”^{22, p3} (Declaración de una mujer)

Según un estudio realizado por S. Barni et al²⁵, aunque el 90% de las pacientes continuó teniendo relaciones sexuales tras el tratamiento quirúrgico, la mayoría de ellas reconoció sufrir un aumento de problemas sexuales que afectaron a su calidad de vida sexual. Más concretamente, un 64% de las mujeres refirió una disminución en el deseo sexual y un 48% de éstas ausencia de deseo. Además, un 38% reconoció haber padecido dispaurenia, un 42% problemas de lubricación y un 30% vaginismo y un trastorno orgásmico. Estos resultados coinciden con los obtenidos por estudios como el de Sepideh Bakht et al⁷, quien encontró diferencias significativas entre mujeres sanas y mujeres con cáncer de mama en aspectos concretos como el deseo, la excitación, la satisfacción y el dolor durante las relaciones sexuales.

En el caso de la mastectomía profiláctica, algunos estudios como el realizado por Brandgerg et al¹⁸ también han mostrado un gran descenso del placer en las relaciones sexuales. Un dato obtenido en dicho estudio que podría parecer contradictorio es que un 61% refirió un cambio positivo en sus vidas a la vez que un 46% expresaba un negativo efecto en sus relaciones íntimas y un 25% un impacto negativo en su feminidad. Es decir, muchas de las mujeres que referían esta negatividad en sus relaciones, expresaban también un cambio positivo en sus vidas. Ello puede deberse a que muchas mujeres relegan a un segundo plano la importancia de sus relaciones sexuales, ya que consideran más importante otras cuestiones de la enfermedad¹².

En cuanto a la reconstrucción mamaria como opción para mejorar las relaciones sexuales, existe bastante controversia al respecto. Algunos autores sugieren que esta intervención no parece solucionar siempre los problemas en las relaciones sexuales y que algunas mujeres evitan ser acariciadas por sus maridos incluso tras la reconstrucción²².

Desde la perspectiva de los maridos, muchos de ellos apuntan alteraciones en sus relaciones sexuales principalmente debido a los cambios en la apariencia física de sus mujeres (la cicatriz quirúrgica y los tubos resultados de la mastectomía, la pérdida de pelo, los efectos secundarios de la quimioterapia...). También atribuyen estos cambios en sus relaciones físicas a la reticencia de sus mujeres a mostrar su cicatriz o pecho, a la inseguridad que padecen en cuanto a su apariencia, a su insensibilidad en la zona afectada, a su propia ambivalencia en querer ver el pecho, y a sus preocupaciones sobre

continuar respondiendo físicamente ante ella y su miedo ante poder herir la zona dolorida²⁴.

“Ella se ha lamentado mucho sobre el efecto de la pérdida del pecho en su sexualidad; lloraba porque su cuerpo había cambiado. Así que nuestra sexualidad se vio afectada porque mi mujer se sentía traumatizada”^{23, p.322}

(Declaración de un marido)

Sin embargo, esta cirugía no siempre parece perjudicar las relaciones sexuales. En un estudio realizado por Hoga et al²³, se entrevistó a 17 parejas de mujeres sometidas a una mastectomía con el objetivo de conocer sus experiencias vividas en el proceso. En él, la mayoría de maridos referían que la cirugía no había afectado a sus relaciones sexuales, considerando que su matrimonio había pasado ya esa fase para centrarse más en una relación de compañerismo.

4.3 ROL DE LA ENFERMERA

Debido a todas las repercusiones que puede tener la mastectomía en la mujer, la enfermera debería proporcionar apoyo psicológico a la paciente ayudándola a ajustarse a esta nueva etapa de su vida. Su asistencia no solo será necesaria tras la cirugía, sino desde el momento del diagnóstico. Del mismo modo, es recomendable que la mujer se sienta partícipe de su curación desde que es diagnosticada. Para ello, los profesionales sanitarios deben informarle y aconsejarle sobre todas las opciones de tratamiento disponibles, siendo ella la que finalmente decida¹⁰. En un estudio realizado por AECC²⁶ en el año 2012, aunque casi la mitad de las encuestadas consideró que la información recibida por parte del personal sanitario era suficiente, un 35% buscó más información por su cuenta. Sin embargo, puesto que los conocimientos obtenidos por su cuenta podría ser errónea y llevar a la mujer a falsas expectativas o creencias, la enfermera debe estar lo suficientemente cualificada como para ser capaz de responder todas las dudas que le puedan surgir a la paciente, formándose de manera continuada, y ser capaz de dirigir a la paciente hacia el personal sanitario adecuado cuando las respuestas excedan su competencia profesional.

En este contexto, es esencial que se informe a las pacientes no sólo de los efectos positivos de la operación, sino también de sus posibles consecuencias.

Ello puede ser de especial importancia en aquellas mujeres que quieran someterse a una mastectomía profiláctica, ya que al no padecer la enfermedad, pueden decidir con mayor libertad eludir esta intervención.

Por otro lado, la enfermera tiene que ser consciente de la importancia de la familia en la recuperación psicológica de la mujer. Por esta razón, es imprescindible que comprenda de forma individualizada la estructura familiar de cada paciente y el significado del cáncer y la mastectomía en ellos, entendiendo las distintas culturas de cada grupo familiar y sus diferentes formas de afrontamiento. Más concretamente, será necesario identificar al cuidador principal de la mujer^{10,12}. Por lo general, el marido suele ser la persona más cercana a la paciente. Será por tanto fundamental la relación de la mujer con su pareja tras la mastectomía, ya que esto puede producir resultados favorables o negativos en algunos síntomas como la depresión y en el pronóstico de la enfermedad⁹.

Para resolver los problemas relacionados con la sexualidad, la comunicación debería ser un instrumento fundamental en la asistencia a la mujer. La enfermera debería preguntar a las pacientes sobre sus relaciones personales como parte de la valoración, y ofrecerles la oportunidad de hablar sobre sus preocupaciones¹². Asimismo, debería intentar que la mujer exprese si ha podido retomar sus relaciones de pareja y si éstas son satisfactorias o si, por el contrario, tienen dificultades²².

Debido a lo delicado que resulta este tema para muchas mujeres, es esencial que la enfermera establezca un vínculo de confianza con la mujer y trate el tema con sutileza. Por ejemplo, se podría comenzar la exposición de este problema sin realizar preguntas directamente y reconociendo la dificultad del tema que se está tratando. Se podría decir, "*Para algunas mujeres resulta complicado hablar abiertamente sobre sus relaciones sexuales a pesar de que puedan tener problemas en ellas*". Por otro lado, sería importante animar a la mujer a que no oculte a su pareja las cicatrices debidas a la mastectomía, ya que según algunos estudios, cuanto antes muestran su cuerpo antes recuperan el normal funcionamiento sexual y antes finaliza la adaptación psicológica¹⁰.

En cualquier caso, es importante que la enfermera no asuma que todas las mujeres se verán consternadas ante la mastectomía⁴. Algunos tratamientos

sistémicos como la quimioterapia pueden afectar de forma negativa a las relaciones sexuales⁵ y por tanto la decadencia de las relaciones íntimas puede no ser debido a factores psicológicos. Por otro lado, otras mujeres consideran la mastectomía como un procedimiento positivo ya que conlleva la desaparición del cáncer, dándoles por tanto una segunda oportunidad en la vida⁴.

“Ella me preguntó si no había perdido mi feminidad, y yo pensé, ¿de qué demonios está hablando? ¿Piensa ella que eso llamado “feminidad” es más importante que la propia vida?”¹⁶, p.44 (Declaración de una mujer mastectomizada)

Además, en otras ocasiones, muchas mujeres relegan a un segundo plano la importancia de sus relaciones sexuales, ya que consideran más importante otras cuestiones de la enfermedad¹².

En la práctica clínica, diversos autores coinciden en que la mayoría de profesionales sanitarios no consiguen abordar la sexualidad y prefieren centrarse en otros aspectos relacionados con el tratamiento, tales como el control de sus efectos secundarios^{4,15}. En un estudio realizado por C. Olsson et al¹⁵, se demostró que aunque las enfermeras eran conscientes de la importancia de hablar con la mujer sobre la sexualidad como parte de su responsabilidad profesional, su falta de habilidades comunicativas y sus propias actitudes y conocimiento al respecto les impedía llevarlo a cabo, resultado que coincidía con estudios anteriores. Tanto el cáncer como la sexualidad eran considerados temas tabús por las enfermeras, especialmente al hablar de este último con personas ancianas. Otras dificultades descritas por ellas, eran la escasez de tiempo, los cortos periodos de hospitalización de las pacientes, la falta de una continuidad de cuidados por parte del equipo de enfermería y la carencia de un espacio adecuado en la planta para poder crear un clima de intimidad y confianza.

“Por la forma en la que está organizada la unidad, no hay un lugar donde poder sentarse y hablar con la paciente, no puedes quedarte aquí en el pasillo y hablar sobre ello. Si tienes suerte puedes tener algo de tiempo después del tratamiento, pero no puedes contar con ello.”¹⁵ p.429 (Declaración de una enfermera)

Además, la mayoría consideraba que las pacientes con una pareja estable, normalmente resolvían estos problemas por sí mismos, sin necesidad de hablar sobre ello con el personal sanitario. Este mismo estudio demostró que las enfermeras especializadas en el cuidado de la mama (“breast nurses”), eran más conscientes de la importancia de este tema, encargándose más de ello¹⁵.

5 DISCUSIÓN

Debido a la estrecha relación existente entre las mamas de la mujer y su identidad y feminidad, muchas mujeres sienten gran consternación ante la pérdida de esta parte de su cuerpo, produciendo en ellas diversos problemas de ajuste psicosocial. Por un lado, la autopercepción de la mujer podrá verse afectada debido a los cambios en su imagen corporal y al sentimiento de pérdida de autonomía que la enfermedad genera en ella. Por otro lado, otras cuestiones como el miedo al rechazo o la alteración de la sexualidad, acabarán afectando a sus relaciones con la pareja y con el entorno social y laboral. En definitiva, la mastectomía produce en ella un impacto psicosocial importante que, si no se resuelve, terminará afectando a su calidad de vida y la de sus seres queridos.

Los resultados encontrados tras la revisión bibliográfica, muestran coincidencias en la importancia del abordaje precoz y la anticipación a estos problemas de ajuste psicológico, en un intento por mejorar la morbilidad psicológica de las pacientes. Además, parece indiscutible la necesidad de involucrar en sus cuidados el entorno personal de la mujer con el objetivo de favorecer su recuperación^{4,12}.

Por el contrario, parecen existir contradicciones en cuanto a los beneficios de la reconstrucción mamaria, ya que hay pacientes que por sus elevadas expectativas sienten más insatisfacción con los resultados. Aun así, los estudios más recientes señalan su positividad en aspectos tales como una mejora de la satisfacción o una mejor imagen corporal^{19,20}. Además, no parece estar consensuado el impacto que produce esta intervención en las relaciones sexuales,^{7,23,25} aunque su efecto lesivo podría estar condicionado por la edad de los participantes en los estudios. Ello se debe a que las parejas más jóvenes suelen sentirse más perjudicadas que otras que consideran haber superado esa fase íntima²³. Siendo los problemas psicosociales más que evidentes, algunos

estudios no coinciden en que sean debidos a la mastectomía y consideran que pueden ser como consecuencia de una pérdida de control sobre la mortalidad.⁴

En vista de estos problemas, el personal de enfermería así como el resto del equipo sanitario, deben ofrecer a estas mujeres y a sus familias un cuidado integral, humanizado y comprometido que les ayude a adaptarse a sus nuevas condiciones de vida y favorezca la reestructuración familiar. Para ello, es esencial que la comunicación sea un instrumento de trabajo que se introduzca en la asistencia prestada por las enfermeras, independientemente del pronóstico o del lugar de internación de la paciente.^{4,13,15} Será preciso que se realice este cuidado de forma individualizada y de calidad, comprendiendo en todo momento la dificultad de las experiencias vividas por las pacientes.¹⁰

Aunque existen pocos estudios al respecto, la bibliografía parece coincidir en que la ausencia de una formación específica provoca que las enfermeras se sientan insuficientemente capacitadas para resolver algunos de los problemas psicológicos de estas pacientes.¹⁵ Este déficit resolutivo parecía deberse a una escasez de medios (falta de tiempo, cortos periodos de hospitalización de las pacientes, ausencia de un espacio adecuado etc), por lo que resulta un hallazgo inesperado descubrir que también sea debido a la falta de habilidades comunicativas y a las propias actitudes y conocimiento al respecto de las enfermeras.

Según cita Mendes ABP^{15, p421}, Andrane y Viana (2008) constatan que “las especializaciones pueden ser usadas como forma de desarrollo, ya que en la actualidad el conocimiento se transforma tan velozmente que, como profesionales, no conseguiremos dominar todas sus cuestiones”. Se entiende como enfermera especialista a aquella profesional especializada en áreas concretas de la práctica enfermera, que trabaja de forma independiente o como parte de un equipo multidisciplinar con el objetivo de proporcionar unos cuidados centrados en el paciente, oportunos, rentables y de alta calidad, en función de sus necesidades.²⁷

Tal y como se mencionaba anteriormente en el trabajo, algunos países como Inglaterra disponen de un servicio de enfermería especializado en el cuidado de la mama (breast care nurse specialist). Más concretamente, se estima que en

Inglaterra existe una enfermera especialista por cada 117 personas diagnosticadas de cáncer de mama.²⁸

Durante mi estancia en la unidad de cáncer de mama del hospital de Llandough, constaté que las enfermeras especialistas poseían conocimientos técnicos, habilidades comunicativas y medios suficientes para poder responder a las necesidades de estas pacientes, sin necesidad de dirigirse al personal médico para solucionarlo, resultando ser un hallazgo inesperado. Además, pude comprobar que se realizaba un seguimiento individualizado de cada paciente por parte de una única enfermera especialista y a domicilio siempre que fuese necesario. Entre otras de sus funciones también se incluía el coordinar la admisión en planta de aquellas pacientes que no se encuentran bien, tramitar las citas médicas de las pacientes ambulatorias, reorganizar las visitas para minimizar los procedimientos u operaciones canceladas y educar a las pacientes y sus familias para un correcto cumplimiento de la medicación.²⁸

Según algunos estudios, entre los resultados positivos de esta especialidad de enfermería se encuentran el conseguir un mayor bienestar de las pacientes, prestar un apoyo psicosocial de calidad durante el proceso y comprometerse más en la resolución de problemas sexuales que aquellas enfermeras sin especialidad.^{4,12,15}

El Royal College of Nursing,²⁹ en su evaluación del coste-beneficio generado por las enfermeras especialistas, ofrece unos datos que parecen coincidir con los anteriores resultados, incluyendo:

- . Reducción de los tiempos de espera.
- . Evitar hospitalizaciones innecesarias o readmisiones (debido a la disminución de complicaciones postquirúrgicas, a una mejora del control de síntomas y a una mejora del autocuidado)
- . Reducción de las estancias hospitalarias postoperatorias.
- . Tener disponible para otros pacientes los espacios desocupados por ellas
- . Reducción de las tasas de abandono del tratamiento por parte de los pacientes

Trasladado a cifras, desde el Secondary Breast Cancer Taskforce²⁹, se mostró que las enfermeras especialistas en cáncer de mama realizan un seguimiento de

unos 13 pacientes ambulatorios por semana, lo cual representa un ahorro 53.040 libras cada semana.

Por otro lado, cabe mencionar que a pesar de la cantidad de investigaciones existentes en cuanto al impacto psicológico de la mastectomía en la mujer, muchos estudios presentan algunas limitaciones, tales como la pequeña muestra de participantes seleccionada, el elevado número sujetos que abandonan la investigación o los maridos que se separan de sus mujeres durante la enfermedad y no son estudiados. Casualmente, estas personas parecen ser las que más problemas psicológicos y sexuales presentan, pudiendo ocasionar una distorsión de los resultados^{18,22}. Otro de los problemas encontrados en la revisión bibliográfica reside en la falta de uniformidad en la metodología utilizada en los estudios, ya que emplean distintas escalas y cuestionarios para la obtención de resultados, dificultando así la elaboración y generalización de conclusiones.

Finalmente, serían necesarias nuevas investigaciones que contemplasen cómo afectan psicológicamente este cambio a los hijos de la mujer, siendo especialmente importante en las niñas, quienes, por motivos genéticos, pueden sentir miedo a padecer la misma enfermedad que sus madres. Además, sería preciso un estudio que analizase los relatos de los maridos y de sus mujeres conjuntamente, ya que no sólo es importante evaluar cómo perciben los maridos el apoyo que prestan a sus mujeres, sino también la percepción que ellas tienen de dicho cuidado recibido.

6. CONCLUSIONES

Aunque parece incuestionable el impacto negativo de la mastectomía en el plano psicosocial de la mujer, hoy en día, hay ocasiones en las que la única opción de tratamiento disponible para ellas, es esta intervención. Los sentimientos de angustia, inseguridad, sensación de mutilación y el temor a la muerte y al rechazo de sus seres queridos, son sólo algunas de las consecuencias que puede causarles la mastectomía, alterando su propia estabilidad emocional y la de su entorno.

En este contexto, el personal de enfermería, en ese esfuerzo por asistir a sus pacientes desde una perspectiva biopsicosocial, debe ser capaz de comprender las experiencias vividas por las mujeres y así poder favorecer su reestructuración social. Sin embargo, la ausencia de habilidades comunicativas así como la falta de aptitudes de las enfermeras, son algunas de las dificultades a las que muchas de ellas se enfrentan.

En una búsqueda de soluciones ante tal problema, todo hace pensar en la necesidad de una mayor formación al respecto, para conseguir esas herramientas de especialización de las que hoy, en gran medida, se carece. Sólo de esta manera, se conseguirá proporcionar a las mujeres unos cuidados de calidad acorde con sus necesidades.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Española contra el Cáncer. [Internet]. España: AECC; c2012 [Actualizado 19 julio 2013; consultado 20 diciembre 2013]. Cáncer de mama; [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: (<https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/incidencia.aspx>)
2. European Commission Eurostat. [Internet]. EHIS WAVE; [Actualizado 12 Marzo 2014; citado 8 Abril 2014]. Breast cancer screening statistics. [Aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Breast_cancer_screening_statistics#
3. García S, Blasco T. Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. [Internet]. 2008 [citado 10 Ene 2014]; 5(1):155-170. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130155A/15545>
4. Kitch H. The Role of the Nurse in Providing Psychological Care to Women Undergoing a Mastectomy [Tesis]. Cardiff (UK): Cardiff University; 2008.
5. Fallbjörk U, Rasmussen B, Karlsson S, Salander P. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer- A two year-follow-up study *Eur J Oncol Nurs*. [Internet]. 2013 Jun [citado 12 Ene 2014]; 17(3):340-345. Disponible en: [http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(12\)00088-9/abstract](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(12)00088-9/abstract)
6. Berek SJ, Hacker FN. Enfermedad mamaria. En: Aizpurua J editor. *Oncología ginecológica de Berek & Hacker*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins. 2010. p. 635-638.
7. Bakht S, Najafi S. Body image and sexual dysfunctions: comparison between breast cancer patients and healthy women. *Procedia Soc Behav Sci*. [Internet] 2010 Jul [citado 15 Ene 2014]; 5:1493–1497. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.314>
8. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud* [Internet]. 2007 Sep [citado 1 Feb 2014]; 18(2):137-161. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002&lng=es.

9. Avci IA, Okanlib A, Karabulutlub E, Bilgili N. Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. *Eur J Oncol Nurs*. [Internet]. 2009 [citado 7 feb 2014];13(4):299-303. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2009.03.011>
10. Keitel MA, Kopala M. *Counselling Women With Breast Cancer. A Guide for Professionals*. Okun BF, editor. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2000.
11. Flórez Lozano JA. *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*, Barcelona: Edika Med.; 1994.
12. Harmer V, editors. *Breast Cancer Nursing Care and Management*. 2nd ed. South Sussex (UK): Blackwell Publishing Ltd; 2011.
13. Mendes ABP, Lindolpho MC, Leite AP. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. *Enfermeria Global* [Internet]. 2012 Abr [citado 10 feb 2014];11(2):416-426. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.11.2.150351>
14. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer*. [Internet] 2001 Ene [citado 10 feb 2014]; 37(2): 189-97. Disponible: [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00353-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00353-1)
15. Olsson C, Berglund AL, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing?. *Eur J Oncol Nurs*. [Internet]. 2012 Sep [citado 10 feb 2014];16(4):426-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>
16. Fallbjörl U, Salander P, Rasmussen B. From "No Big Deal" to "Losing Oneself". Different Meanings of Mastectomy. *Cancer Nurs*. [Internet]. 2012 Sep [citado 12 feb 2014];35(5):41-48 Disponible en: http://www.nursingcenter.com/_PDF_.aspx?an=00002820-201209000-00016
17. Gopie JP, Mureau MAM, Seynaeve C, ter Kuile MM, Menke-Pluymers MBE, Timman R, et al. Body image issues after bilateral prophylactic mastectomy with breast reconstruction in healthy women at risk for hereditary breast cancer. *Fam Cancer* [Internet] 2013 Sep [citado 13 feb 2014];12(3):479-487. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10689-012-9588-5>
18. Brandberg Y, Sandelin K, Erikson S, Jurell G, Liljegren A, Lindblom A, et al. Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study. *J Clin Oncol* [Internet]. 2008 Agos [citado 17 feb 2014];26(24):3943-3949. Disponible en: <http://jco.ascopubs.org/content/26/24/3943.full.pdf>

19. Al-Ghazala SK, Fallowfield L, Blameya RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* [Internet]. 2000 Oct [citado 25 feb 2014]; 36(15):1938-43. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00197-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00197-0)
20. Eltahir Y, Werners LL, Dreise MM, van Emmichoven IA, Jansen L, Werker PM, et al. Quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction: comparison of patient-reported BREAST-Q and other health-related quality-of-life measures. *Plast Reconstr Surg.* [Internet]. 2013 Ago [citado 26 Feb 2014];132(2):201-209. Disponible en: <http://journals.lww.com/plasreconsurg/pages/articleviewer.aspx?year=2013&issue=08000&article=00003&type=abstract>
21. Bigatti SM, Wagner CD, Lydon-Lam JR, Steiner JL, Miller KD. Depression in husbands of breast cancer patients: relationships to coping and social support. *Support Care Cancer* [Internet]. 2011 Abr [citado 26 Feb 2014]; 19(4):455-66. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-010-0835-8>
22. Blanco R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enferm* [Internet]. 2010 Mar [citado 5 Abr 2014];19(1):24-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000100005>.
23. Hoga LA, Mello DS, Dias AF. Psychosocial perspectives of the partners of breast cancer patients treated with a mastectomy. *Cancer Nurs.* [Internet] 2008 Jul-Agos [citado 5 Abr 2014];31(4):318-25. doi: 10.1097/01.NCC.0000305748.43367.1b
24. Zahlis EH, Lewis FM. Coming to Grips with Breast Cancer: The Spouse's Experience with His Wife's First Six Months. *J Psychosoc Oncol* [Internet]. 2010 Ene [citado 8 Abr 2014];28(1):79-97. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856107/>
25. S Barni, R Mondin. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol* [Internet]. 1997 [citado 15 Abr 2014] 8(2):149-153. Disponible en: <http://annonc.oxfordjournals.org/content/8/2/149.full.pdf+html>
26. Asociación Española Contra el Cáncer. [Internet]. España: AECC; c2012 [Actualizado Octubre 2012; consultado 20 Abr 2014]. Experiencia de las mujeres con cáncer de mama en España. [Aprox 5 pantallas]. Disponible en:

https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/Resultados_Experiencia_mujeres_c_mama.pdf

27. Royal College of Nursing. Royal College Nursing Factsheet: Specialist nursing in the UK [Internet]. Londres: RCN; 2013 Feb [citado 22 Abr 2014]. Disponible en: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0018/501921/4.13_RCN_Factsheet_on_Specialist_nursing_in_UK_-_2013.pdf
28. Macmillan Cancer Support. Cancer Clinical Nurse Specialists: An evidence Review. [Internet] Inglaterra: Macmillan; 2011 Nov [citado 25 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.macmillan.org.uk/Documents/AboutUs/Commissioners/ClinicalNurseSpecialistsAnEvidenceReview2012.pdf>
29. Royal College of Nursing. Specialist nurses. Changing lives, saving money. [Internet].Londres: RCN; 2010 Feb [citado 22 Abr 2014]. Disponible en: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/302489/003581.pdf

8. ANEXO

Nombre: _____

Fecha: _____

| | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|--|------|------------|----------|-------|
| 1. ¿Te has sentido cohibido por tu apariencia? | | | | |
| 2. ¿Te has sentido <u>menos</u> atractivo físicamente como resultado de tu enfermedad o del tratamiento? | | | | |
| 3. ¿Has estado <u>insatisfecha</u> con tu apariencia al vestirse? | | | | |
| 4. Te has sentido <u>menos</u> femenino/masculino como resultado de la enfermedad o del tratamiento? | | | | |
| 5. ¿Te resulta difícil mirarte a ti mismo desnudo? | | | | |
| 6. ¿Te has sentido menos atractivo sexualmente como resultado de la enfermedad o del tratamiento? | | | | |
| 7. ¿Has evitado a la gente por la forma en la que te sentías acerca de tu apariencia? | | | | |
| 8. ¿Has sentido que el tratamiento ha dejado a tu cuerpo menos completo? | | | | |
| 9. ¿Te has sentido <u>insatisfecha</u> con tu cuerpo? | | | | |
| 10. ¿Te has sentido <u>insatisfecha</u> con la apariencia de la cicatriz? | | | | |

No
aplicable

Anexo1. Escala sobre la Imagen corporal⁴

⁴Obtenida de: Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. Eur J Cancer. [Internet] 2001 Ene 37(2): 189-97. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00353-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00353-1) (traducción de la autora)