

Calidad de vida y ajuste psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor/a: Isabel Giraldo Fernández

Director/a: Begoña Ruiz de Alegría Fernández de Retana

Curso académico: 2016/2017

Número de palabras: 6.346

Vitoria Gasteiz, a 11 de Mayo de 2017

AGRADECIMIENTOS

A mi directora, Begoña Ruiz de Alegría Fernández de Retana, por su tiempo, dedicación y consejos durante la elaboración de este trabajo. Gracias por los ánimos en aquellos momentos en los que todo parecía complicado.

ÍNDICE

•	Introducción	1
•	Marco conceptual y justificación.....	2
•	Objetivo del TFG	6
•	Metodología.....	6
•	Resultados y discusión.....	8
-	Calidad de vida.....	9
-	Ajuste psicológico.....	15
•	Conclusiones.....	16
•	Bibliografía.....	18
•	Anexos.....	21
-	ANEXO 1: Tratamientos quirúrgicos para el cáncer de mama.....	22
-	ANEXO 2: Cuestionario de salud SF 36	22
-	ANEXO 3: Cuestionario EORTC QLQ-C30 - EORTC QLQ BR-23.....	28
-	ANEXO 4: Cuestionario FACT-B.....	29
-	ANEXO 5: Cuestionario BREAST-Q.....	33
-	ANEXO 6: Tabla de conceptos y palabras clave	40
-	ANEXO 7: Tabla del proceso de búsqueda de la bibliografía.....	42
-	ANEXO 8: Tabla resumen de la literatura consultada	47
-	ANEXO 9: Lectura crítica de estudios de investigación cuantitativa	55
-	ANEXO 10: Diagrama de flujo de selección de la literatura	59
-	ANEXO 11: Árbol categorial.....	60

INTRODUCCIÓN

La mastectomía es el tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama que causa un mayor deterioro en la imagen corporal y en la calidad de vida de las mujeres. Con la reconstrucción mamaria se consigue recrear una mama con aspecto natural, corrigiendo la deformidad que puede quedar en el tórax tras la mastectomía. De esta forma, la mujer puede restaurar su imagen corporal y mejorar su calidad de vida tras la mastectomía.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que permite una evaluación más comprensiva e integral del individuo. Además de la calidad de vida, también es importante valorar más a fondo aspectos psicológicos, como el ajuste psicológico y el estado emocional (ansiedad, depresión) relacionado con los sentimientos de pérdida de autoestima, pérdida de sensación de feminidad, alteración de la imagen corporal, entre otros. Para evaluarla, existen instrumentos genéricos como el SF-36 y específicos para el cáncer de mama y reconstrucción mamaria, como el FACT-B, EORTC QLQ BR-23, BREAST-Q entre otros.

En los últimos años se ha producido un incremento en la demanda de la reconstrucción mamaria, aún así sigue habiendo un porcentaje de mujeres que no recurren a ella por falta de información. De este modo, la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) y la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) recalcan la importancia de informar y ofrecer a las pacientes las posibilidades de reconstrucción mamaria que tienen y puedan optar por la más adecuada en cada caso.

En todo este proceso, la enfermera necesita conocer y comprender las repercusiones de la reconstrucción mamaria para poder empatizar y acompañar a las mujeres en sus decisiones. Siempre respetando la libertad para elegir y decidir sobre su proceso de salud.

El objetivo de esta revisión fue identificar las repercusiones de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida y en el ajuste psicológico de las mujeres mastectomizadas con cáncer de mama.

Se seleccionaron un total de 15 artículos de los cuales 5 son estudios transversales, 4 estudios descriptivos de correlación, 2 estudios cualitativos, 1 revisión sistemática, 1 estudio de cohorte longitudinal, 1 estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico y 1 estudio prospectivo. Los resultados se agruparon en función de la repercusión de la reconstrucción mamaria en calidad de vida y en el ajuste psicológico, según el instrumento de medida en cada uno de los estudios.

Con los resultados podemos concluir que la mama es una parte muy importante de la anatomía femenina y repercute en la calidad de vida. Las mujeres que han pasado por una mastectomía y posteriormente decidieron someterse a reconstrucción mamaria tuvieron una repercusión positiva en la calidad de vida logrando un bienestar tanto a nivel físico, psicológico y social.

MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es uno de los tumores con más prevalencia en las mujeres a nivel mundial. En el 2011 fueron diagnosticados más de 230.000 nuevos casos de cáncer de mama, sin embargo y gracias a las estrategias de detección temprana, muchos pacientes han sobrevivido y son capaces de llevar una calidad de vida óptima ¹.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, la mastectomía, supone una serie de efectos negativos para la persona y mutilantes de la mama ². Ésta es considerada como el tratamiento quirúrgico que causa un mayor deterioro en la imagen corporal y en la calidad de vida de las mujeres ³. Por estos motivos, en los últimos años se ha visto un incremento en la demanda de los métodos reconstructivos, tales como la reconstrucción mamaria.

La reconstrucción mamaria consiste en recrear una mama con aspecto natural, corrigiendo la deformidad que puede quedar en el tórax tras la mastectomía. El método de reconstrucción más frecuente es aquel en el que se utilizan implantes protésicos, ya que tiene la ventaja de que es un procedimiento que se puede realizar en forma inmediata a la mastectomía, sin necesidad de otra intervención quirúrgica. Otro tipo de reconstrucción, es aquella que se realiza en dos tiempos, primero mediante un expansor transitorio que dejan debajo del músculo y al que cada cierto tiempo van insuflando una cantidad variable de solución salina. Una vez se ha conseguido el volumen de expansor deseado, éste se reemplaza por un implante definitivo. Y por último, la reconstrucción mamaria autóloga que es aquella en la que se utilizan los tejidos de la propia paciente para la creación de una neo-mama lo más similar posible a la mama contralateral. En este grupo existe una amplia variedad de opciones y el uso de cada una de ellas, va a depender de factores como la presencia de radioterapia, características físicas, preferencia y expectativas de la paciente, preferencia y experiencia del cirujano ^{4,5}....

Atendiendo al momento en el que se realiza la reconstrucción, podemos hablar de: inmediata o tardía ^{2,4}.

La reconstrucción mamaria inmediata se realiza de manera simultánea a la mastectomía y cuando la mujer no va a precisar radioterapia. De esta forma, se consigue disminuir el impacto en la imagen corporal que causa la mastectomía en estas mujeres.

En caso de que sea necesario el tratamiento con radioterapia, se práctica una reconstrucción tardía, preferentemente seis meses después de la aplicación de radioterapia, cuando los tejidos tengan una cicatrización suficiente para soportar la expansión a la que se ven sometidos. La desventaja de la reconstrucción tardía es que implica dos intervenciones quirúrgicas, que a su vez tendrán implicaciones psicológicas y económicas para las pacientes y para el sistema sanitario público, si fuera el caso. Además, también hay algunas mujeres que no aceptan la mastectomía sin reconstrucción o casos en los que no se preveía la irradiación ^{2,4,6}.

En estas situaciones, lo que mejor funciona es realizar una reconstrucción mamaria con tejido autólogo. De esta forma se reducen las posibles complicaciones que puedan surgir ^{2,4,6}.

En definitiva, se puede decir que la reconstrucción mamaria es una parte fundamental del tratamiento del cáncer de mama para aquellas mujeres que desean restaurar su imagen corporal y mejorar su calidad de vida después de una mastectomía⁷.

La calidad de vida es un concepto que incluye todos aquellos aspectos que influyen en la salud física de la mujer, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, y también la relación que tiene la persona con los elementos esenciales de su entorno⁸. A su vez, se ha convertido en un importante indicador de los resultados y de la intervención sanitaria. Por ello, el propósito de la valoración de la calidad de vida es facilitar una evaluación más comprensiva e integral del individuo, y una valoración más precisa de los beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención sanitaria⁹. Para medir la calidad de vida, existen diferentes instrumentos como el SF 36 (Anexo 2) que se trata de un cuestionario aplicado a la población general y específica, por lo que para obtener resultados más sensibles y específicos de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, se desarrollaron instrumentos como el EORTC QLQ C-30 (Anexo 3), EORTC-BR-23 (Anexo 3), FACT-B (Anexo 4), BREAST-Q (Anexo 5) entre otros¹⁰.

Los instrumentos mencionados para medir la calidad de vida ponen énfasis, en la evaluación por parte de la persona, de las limitaciones que tiene en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales. Si la mujer tras la mastectomía tiene una visión negativa de sí misma puede sentirse torpe, culpable, enferma, sin motivos para estar alegre o ser feliz¹¹. Por tanto, es necesario también evaluar en mayor profundidad aspectos psicológicos, como el ajuste psicológico y el estado emocional (ansiedad, depresión) relacionado con los sentimientos de mutilación, alteración de la imagen corporal, pérdida de autoestima, pérdida de sensación de feminidad, entre otros¹².

Según datos de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos, el 40% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama se someten a una mastectomía y al menos la mitad de ellas, recurren a la reconstrucción mamaria⁴. En los últimos tiempos, se ha producido un incremento en la demanda de reconstrucciones mamarias y esto es debido al aumento de la tasa de supervivencia de pacientes con cáncer de mama¹³.

En el año 2000, según datos de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos, se registraron un total de 78.832 reconstrucciones mamarias. De tal manera que se produjo un incremento del 35% en este tipo de técnica. En el año 2014 este número fue más alto, en concreto 102.215 reconstrucciones mamarias¹³.

Siguiendo la misma línea de ascenso, en el año 2015 se registraron un total de 106.338 reconstrucciones mamarias, siendo las mujeres con edades comprendidas entre los 40-54, las que más recurrieron a este tipo de procedimiento. Es decir, en el año 2015 hubo un incremento de reconstrucciones mamarias del 4% con respecto al año 2014¹³.

Del mismo modo, en España también se ha producido un incremento en la demanda de reconstrucciones mamarias, sin embargo existe poca bibliografía que refleje estos datos en nuestro país. Según registros de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) de los 25.000 casos de cáncer de mama diagnosticados al año en España, al menos el 64% acaban en una mastectomía (más o menos 16.000 mujeres). Y el 30% de estas mujeres, se someten a reconstrucción mamaria¹⁴.

Estos datos reflejan el incremento en la demanda de métodos reconstructivos, sin embargo existe un porcentaje de mujeres que no recurren a la reconstrucción mamaria. Según la SECPRE, uno de los motivos por el que una mujer decide no reconstruirse, es por la falta de información, a pesar de que éste procedimiento está incluido en los protocolos de actuación para el tratamiento del cáncer de mama¹⁵. Según los datos aportados por esta asociación, sólo el 60% de las mujeres mastectomizadas o que se van a someter a ella, son informadas acerca de la reconstrucción mamaria. Por todo ello, este organismo junto con la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) recomiendan que a las mujeres que vayan a ser intervenidas o hayan sido intervenidas de mastectomía, se les informe de las posibilidades de reconstrucción mamaria y opten por la más adecuada en cada caso. Trejo et al (2013) hace énfasis en la importancia de informar y ofrecer a las pacientes las opciones de reconstrucción mamaria porque en ocasiones, no recurren a ella por miedo o falta de información^{2,14}.

No obstante, aunque la información sobre el tratamiento quirúrgico la proporciona el cirujano, la enfermera de la consulta o de la planta hospitalaria necesita conocer y comprender las repercusiones para poder empatizar y acompañar a las mujeres en sus decisiones. Entendiendo por acompañar, el respetar el derecho que la persona tiene a decidir libremente después de recibir la información adecuada sobre su proceso de salud, es decir, respetar el derecho a su autonomía¹⁶⁻¹⁷. Según recoge el artículo 11 del Código Deontológico de Enfermería, la enfermera podrá informar a la persona, pero siempre dentro del límite de sus atribuciones y cuando la información exceda del nivel competencial enfermero, ésta se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado, en este caso, al cirujano. Además, en el artículo 12 se recoge también la importancia de valorar la situación física y psicológica de la mujer antes de informar, y en el caso de que no esté preparada para recibir la información, nos dirigiremos a los familiares¹⁷. De esta forma, la actuación de la enfermera está bajo el principio de no maleficencia por el que pretende ayudar a estas mujeres a mejorar su calidad de vida tras la mastectomía, brindándole a cada una de ellas la información necesaria, precisa e individualizada sobre la reconstrucción mamaria (principio de justicia) y que puedan decidir sobre lo más conveniente y beneficioso para ellas (principio de beneficencia)¹⁸.

La labilidad emocional ante las pérdidas de salud se asocia a una percepción incrementada de signos y síntomas, lo que genera un incremento en la demanda de recursos sanitarios, y consecuentemente un mayor gasto sanitario. La reconstrucción mamaria ayudaría a mejorar esta labilidad emocional, sin embargo no hay que eludir el gasto que este tipo de intervención genera.

Calidad de vida y ajuste psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria

Se ha comparado el coste-efectividad entre varios tipos de reconstrucción mamaria, se vio que la reconstrucción mamaria con expansor/prótesis sigue siendo la técnica de elección y la más barata, en comparación con la reconstrucción mamaria con tejidos autólogos, que requiere mayor estancia hospitalaria¹⁹. Sin embargo, se estima que a largo plazo, la reconstrucción mamaria con tejidos autólogos será más económica que la realizada con prótesis, ya que en esta última se incrementa el coste por la necesidad de revisiones y de recambios protésicos a los 10-15 años¹⁵.

Con la intención de ofrecer a las pacientes una información acertada, precisa y brindar ese apoyo psicológico que tanto necesitan en esos momentos, veo la necesidad de indagar más la relación entre la reconstrucción mamaria y la calidad de vida de estas mujeres.

OBJETIVO DEL TFG

- Identificar las repercusiones de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida y en el ajuste psicológico de las mujeres mastectomizadas con cáncer de mama.

METODOLOGÍA

Con el propósito de dar respuesta al objetivo del presente trabajo, se ha realizado un diseño cercano a una revisión crítica de la literatura. Para ello, se desglosó el objetivo por conceptos, de los cuales se procedió a buscar sinónimos, antónimos y luego se tradujeron al inglés. Una vez obtenidos estos datos, se comenzó la búsqueda de la palabra clave de cada uno de los conceptos, en las distintas bases de datos (ANEXO 6).

A continuación con las palabras clave obtenidas, se fueron construyendo ecuaciones de búsqueda, utilizando los operadores booleanos. Estas ecuaciones se fueron modificando a medida que se iba realizando la búsqueda en las bases de datos, con el objetivo de encontrar resultados que dieran respuesta al objetivo planteado.

Estas búsquedas se realizaron utilizando la plataforma My Athens a través de la cual se consultaron las distintas bases de datos nacionales e internacionales como CUIDEN, MEDLINE, COCHRANE, SCIELO, DIALNET, CINAHL, LILACS.

Además se realizó una búsqueda manual en las revistas electrónicas contratadas por la Universidad del País Vasco y Osakidetza como *Journal of Cancer Nursing* y *Enfermería Clínica*. Se realizó también, búsqueda manual en la revista JPRA *An international journal of surgical reconstruction* y además, se encontraron artículos en las referencias de los estudios encontrados en las bases de datos (ANEXO 7).

Los artículos se seleccionaron en base a los criterios de inclusión y exclusión, a continuación descritos:

Criterios de inclusión:

- Tipo de publicación: Revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas, artículos de investigación, artículos de revistas científicas, guías de práctica clínica y libros.
- Población: Mujeres mastectomizadas.
- Tiempo: Artículos publicados desde el año 2005 hasta la actualidad. Para que la información sea lo más actualizada y reciente posible
- Idioma de publicación: Castellano e inglés. Por ser los únicos idiomas con los que me manejo.

Criterios de exclusión:

- Tipo de publicación: Artículos sin acceso a texto completo, artículos de opinión, cartas editoriales, artículos que hablen acerca de la mastectomía profiláctica y reconstrucción mamaria, ya que el objetivo de este trabajo va dirigido a pacientes mastectomizadas con cáncer de mama. El motivo es que la repercusión de la reconstrucción mamaria va a ser diferente en una mujer que ha pasado por un cáncer de mama, con todas las implicaciones físicas, psicológicas y emocionales que ello conlleva, que una mujer que se realiza una mastectomía por prevención y luego se reconstruye el pecho.
- Población: Hombres, porque hay un porcentaje muy bajo que padece cáncer de mama y además, éstos no se someten a reconstrucción mamaria.
- Tiempo: Artículos anteriores al año 2005.

De los 133 títulos y abstracts revisados, se seleccionaron un total de 37 artículos, de los cuales 18 se descartaron por no estar disponibles a texto completo y otros 4 por no dar respuesta al objetivo planteado. Con los otros 15 artículos restantes, se realizó una tabla resumen de resultados (ANEXO 8). Para poder valorar la calidad de los artículos, se procedió a realizar una lectura crítica (ANEXO 9), utilizando como herramienta las parrillas de lectura crítica para estudios de investigación cuantitativa, incluyéndose finalmente 15 artículos en la revisión (ANEXO 10).

Con estos 15 artículos seleccionados se procedió a realizar una clasificación de los contenidos en base a un árbol categorial, según la repercusión que tiene la reconstrucción mamaria en la calidad de vida y en el ajuste psicológico (ANEXO 11).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En esta revisión se incluyen un total de 15 artículos de los cuales 5 son estudios transversales, 4 estudios descriptivos de correlación, 2 estudios cualitativos, 1 revisión sistemática, 1 estudio de cohorte longitudinal, 1 estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico y 1 estudio prospectivo.

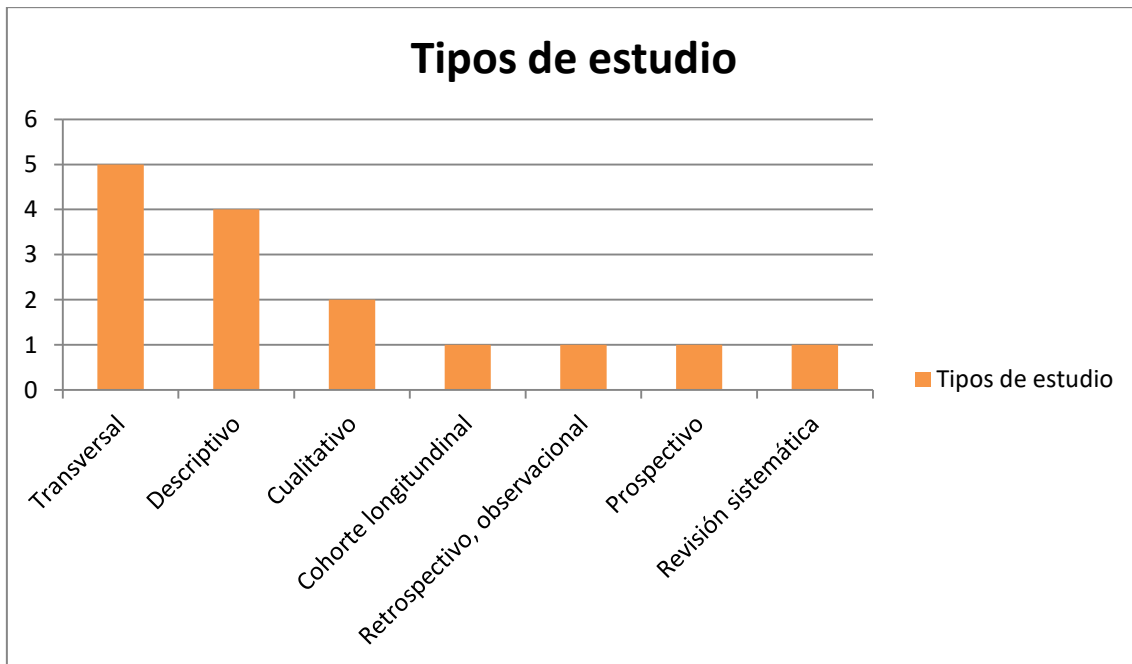


Figura 1: Distribución por diseño de estudio de los 15 artículos seleccionados

Los resultados se agruparon, por una parte, según el instrumento con el que se mide la calidad de vida en cada uno de los artículos, y por otro, aquellos artículos que hablan sobre el ajuste psicológico.

A continuación, el análisis se presenta comparando aquellos artículos que estaban utilizando la misma escala de medición para la calidad de vida en las mujeres con reconstrucción mamaria.

CALIDAD DE VIDA

SF 36

El cuestionario de salud SF 36 es considerada como una de las escalas genéricas con mayor potencialidad de uso en la evaluación de la calidad de vida (ANEXO 2). Se trata de un cuestionario multidimensional cuya versión completa incluye 36 preguntas, traducidas, adaptadas y validadas en cada uno de los diferentes contextos culturales y lingüísticos.

Evalúa ocho dominios de calidad de vida, los cuales son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental^{10,20}.

Además este cuestionario permite agrupar estos componentes en dos conjuntos: el “*Componente Sumario Física*” (PCS) y “*Componente Sumario Mental*” (MCS)²⁰.

En el estudio de Trejo Ochoa et al (2013) las mujeres con reconstrucción mamaria obtuvieron mejores resultados en todos los dominios del SF-36 excepto en dolor corporal y vitalidad, en comparación con el grupo de mujeres que no se había reconstruido el pecho. Los autores llegan a la conclusión de que las pacientes con reconstrucción mamaria tienen mejor calidad de vida, sin embargo en el estudio no se especifica si estas diferencias son estadísticamente significativas para afirmar que esto sea cierto. Además, cabe señalar que la muestra de la población con reconstrucción mamaria era pequeña, tan sólo de 37 mujeres.

Por otro lado, en el estudio de Hunsinger et al (2016) las mujeres con reconstrucción mamaria obtuvieron mejores puntuaciones en todos los dominios del SF-36, con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,05$), a pesar de que la muestra de mujeres en este grupo fue más pequeña, 70 frente a 135 mujeres sin reconstrucción mamaria.

Mientras que Atisha et al (2008) evaluaron la calidad de vida antes y después del procedimiento reconstructivo, en dos grupos: un grupo de mujeres con reconstrucción mamaria inmediata y otro de mujeres con reconstrucción mamaria tardía. Las mujeres con reconstrucción inmediata tuvieron mejor bienestar emocional ($p=0.0001$), vitalidad ($p=0.0029$), salud mental ($p=0.0001$) y funcionamiento social ($p=0.0001$) tras la reconstrucción. Sin embargo, en el grupo de mujeres con reconstrucción tardía no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ningún dominio del SF-36. Esta diferencia en ambos grupos, puede deberse a que las pacientes que se someten a reconstrucción mamaria inmediata no les da tiempo a verse sin pechos, por lo que el impacto psicológico es significativamente menor que en mujeres con reconstrucción mamaria tardía. Por tanto, podemos decir que la reconstrucción mamaria mejora el bienestar del paciente y que además, los beneficios psicosociales en pacientes con reconstrucción inmediata siguen siendo evidentes en el segundo año tras la reconstrucción.

En otro estudio, comparan un grupo de mujeres tratadas con cirugía conservadora de mama frente a otro grupo de mujeres con reconstrucción mamaria tras la mastectomía²³.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ningún dominio del SF-36. No obstante, estos resultados tienen que ser recogidos con prudencia, dado que en este estudio los grupos no eran homogéneos en cuanto al número de pacientes. Además, hubiera estado bien la inclusión de un grupo de mujeres con mastectomía sin reconstrucción mamaria. De esta forma, se hubiera podido comparar los resultados entre diferentes técnicas y ver de forma más clara, el efecto de la reconstrucción mamaria en las mujeres mastectomizadas.

Por último, Manganiello et al (2011) comparan la calidad de vida con la sexualidad y encuentran una correlación estadísticamente significativa entre los dominios de función física, rol emocional y salud general del SF-36, con puntuaciones del SQ-F (instrumento con el que miden la sexualidad). A mayor puntuación en el SQ-F, mayor puntuación en el SF-36. Las mujeres con reconstrucción mamaria tuvieron mejor puntuación en el SQ-F que las mujeres mastectomizadas, por lo que según esta correlación, tienen mejor calidad de vida. Por el contra, en el estudio no se reflejan las puntuaciones en el SF-36 de las mujeres reconstruidas y mucho menos si son estadísticamente significativas. Según los resultados de este estudio, la sexualidad de las mujeres mastectomizadas está significativamente más afectada si no se realiza posteriormente una reconstrucción del pecho.

Después de los estudios revisados, las mujeres con reconstrucción mamaria parecen tener más entusiasmo y energía, realizar actividades normales sin que interfieran problemas físicos o emocionales, parecen no tener problemas con el trabajo u otras actividades de la vida diaria debido a problemas emocionales y se cree que tienen más sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo, según se deriva de las dimensiones del SF-36. Además parece ser que la reconstrucción mamaria influye de manera positiva en la sexualidad, contribuyendo a que la mujer pueda tener mejor calidad de vida²⁰.

RAND-36

Se trata de un cuestionario similar al SF-36. Consta de 36 ítems a través de los cuales se evalúan ocho conceptos de salud: función física, limitaciones de rol por problemas de salud física, limitaciones de rol por problemas emocionales, funcionamiento social, bienestar emocional, energía o fatiga, dolor y percepción de la salud general. Las puntuaciones más altas representan un estado de salud más favorable¹⁰.

Eltahir et al (2013) en su estudio midió la calidad de vida con este cuestionario, comparando un grupo de mujeres con reconstrucción mamaria frente a otro de mujeres sin reconstrucción. Tanto en funcionamiento físico ($p=0,012$) como la puntuación en el dominio del dolor ($p=0,007$) fue estadísticamente mejor en las mujeres con reconstrucción mamaria.

FACT-B

Se trata de un instrumento específico para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. El cuestionario FACT-B está compuesto por 36 ítems distribuidos en dos componentes: uno general, constituido por los 27 primeros ítems, y otro específico, de nueve ítems relacionados con los síntomas del cáncer de mama. Al igual que el SF-36, incluye una serie de subescalas que evalúan el bienestar físico (7 ítems), bienestar emocional (6 ítems), bienestar social y familiar (7 ítems), bienestar funcional (7 ítems) y una subescala específica relacionada con la enfermedad y con el tratamiento del cáncer de mama (9 ítems), pero, no incluye la satisfacción sexual (ANEXO 4)¹⁰.

Para obtener la puntuación de cada dominio, se suma el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje final de la escala resulta de la suma del resultado en cada dominio. Algunos ítems tienen un puntaje inverso, es decir, los mayores puntajes corresponden a una mejor calidad de vida¹⁰.

De los tres artículos que utilizaron este cuestionario para medir la calidad de vida (22) (26) (27), sólo en el de Atisha et al (2008) hallaron diferencias estadísticamente significativas. En este estudio, se evaluó la calidad de vida antes y después de la reconstrucción mamaria, en un grupo de mujeres con reconstrucción inmediata y en otro de mujeres con reconstrucción tardía. Las diferencias se hallaron en el grupo de mujeres con reconstrucción mamaria inmediata, en los dominios de bienestar social ($p=0,0099$) y bienestar funcional ($p=0,0001$). En el estudio de Jagsi et al (2015) compararon tres grupos; uno de mujeres con cirugía conservadora de mama, otro de mastectomía sin reconstrucción y otro de mastectomía + reconstrucción. Los resultados entre el grupo de mujeres con cirugía conservadora y el de reconstrucción mamaria fueron similares, sin diferencias estadísticamente significativas. Heneghan et al (2011) compararon un grupo de mujeres con reconstrucción mamaria y otro de mujeres sometidas a cirugía conservadora de mama. Tampoco hallaron diferencias estadísticamente significativas, aunque ambos grupos presentan calificaciones similares de alta calidad de vida.

Con los resultados de estos estudios, se puede decir que las mujeres con reconstrucción mamaria tienen un buen soporte emocional tanto de la familia como de los amigos, son capaces de trabajar, disfrutan la vida y están contentas con la calidad de vida que tiene ahora. Además en uno de los estudios se refleja que la reconstrucción mamaria tiene efectos tan positivos como la cirugía conservadora de mama.

EORTC QLQ C-30/ EORTC QLQ BR-23 (ANEXO 3)

El sistema de la EORTC (Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer) cuenta con un sistema modular de medida de la calidad de vida, formado por un cuestionario general (EORTC QLQ C-30) del que existen tres versiones, siendo la tercera de ellas la que está en uso en la actualidad.

Se trata de un cuestionario auto-administrado y multidimensional de 30 ítems que consta de 5 escalas funcionales, una escala sobre la valoración global de la calidad de vida, 3 escalas de síntomas, 5 ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento, y un ítem para valorar el impacto económico²⁰.

Este instrumento ha sido validado en diversos contextos internacionales y traducido a más de 48 idiomas. En nuestro país se ha traducido y validado con muestras de pacientes de cáncer de mama, pulmón, próstata, cabeza y cuello provenientes del Hospital de Navarra^{20,28}.

Otro de los módulos con los que cuenta la EORTC, es el EORTC QLQ BR-23. Se trata de un cuestionario para medir la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama¹⁰.

En su contenido se incluyó un amplio espectro de áreas: síntomas y efectos secundarios relacionados con las diferentes estrategias de tratamiento. El cuestionario consta de cuatro escalas funcionales: de imagen corporal, funcionamiento sexual, disfrute sexual y preocupación por el futuro; y cuatro escalas de síntomas: movilidad del brazo, síntomas en la mama, efectos secundarios del tratamiento sistémico y preocupación por la pérdida del cabello²⁰.

De los artículos que manejan el sistema de la EORTC para medir la calidad de vida, dos de ellos, Heneghan et al (2011) y Rincón et al (2010) utilizan el módulo EORTC QLQ BR-23, y el otro realizado también por Rincón et al (2010) utiliza el cuestionario general EORTC QLQ C-30.

Heneghan et al (2011), compararon un grupo de mujeres con cirugía conservadora de mama frente a otro de mujeres con reconstrucción mamaria inmediata. Los resultados del cuestionario se agruparon en: resultado funcional, síntomas y puntaje de salud global. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en ninguno de estos componentes. Sin embargo Rincón et al (2010), al comparar un grupo de mujeres con reconstrucción mamaria con otro de mujeres sin reconstrucción, hallaron diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres reconstruidas manifestaron una mayor calidad de vida expresada mediante un menor deterioro de la imagen corporal ($p=0.01$) junto a una menor preocupación por el futuro ($p=0.01$) o pérdida del cabello ($p=0.01$). En cuanto al funcionamiento sexual y disfrute del sexo, las mujeres reconstruidas tuvieron mayor puntuación, sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Así mismo, en el otro estudio llevado a cabo por Rincón et al (2010) hallaron diferencias estadísticamente significativas siendo las mujeres con reconstrucción mamaria las que mostraron mejor funcionamiento físico ($p=0,003$), social ($p=0,000$), emocional ($p=0,000$) y cognitivo ($p=0,000$) además de una mayor percepción de salud global ($p=0,000$) frente a las mujeres mastectomizadas.

Se puede decir entonces que la reconstrucción mamaria tiene efectos similares a la cirugía conservadora de mama, en la calidad de vida de las mujeres. Esto nos lleva a pensar de nuevo en la importancia que tiene la mama para las mujeres, ya que éstas tienen mejor percepción de calidad de vida si la mama no ha sido extirpada, como sucede en la mastectomía. Es por ello que la cirugía conservadora de mama tiene efectos parecidos a la reconstrucción mamaria, ya que la mama se mantiene.

Además, parece ser que las mujeres reconstruidas presentan mejor calidad de vida que aquellas que han sufrido una mastectomía y posteriormente no se han sometido a reconstrucción mamaria.

BREAST-Q

Este instrumento tiene como objetivo valorar el impacto de la mastectomía y la reconstrucción mamaria sobre la calidad de vida de las pacientes y sobre la satisfacción que estas pueden presentar. Consta de dos módulos, uno preoperatorio y el otro postoperatorio. El módulo de reconstrucción BREAST-Q (postoperatorio) está compuesto por nueve escalas que pueden utilizarse de forma independiente. Cada escala consta de tres a cinco elementos. La puntuación de cada escala se transfiere en una escala de 100 puntos. Así la escala tiene una puntuación de 0 (muy insatisfecho) a 100 (muy satisfecho) ^{25,30}.

Eltahir et al (2013) compararon mujeres con reconstrucción mamaria frente a mujeres mastectomizadas sin reconstrucción.

Las mujeres reconstruidas obtuvieron mayor puntuación en satisfacción con los pechos ($p=0.003$), bienestar psicosocial ($p=0.008$), bienestar sexual ($p=0.007$) y satisfacción con la cirugía ($p=0.001$). En bienestar físico, en lo referente a los pechos, las mujeres con reconstrucción mamaria tuvieron una puntuación ligeramente más alta que aquellas con mastectomía, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Howes et al (2016) tampoco hallaron una diferencia estadísticamente significativa en el bienestar físico, entre las mujeres mastectomizadas sin reconstrucción y aquellas con reconstrucción mamaria. No obstante, en este estudio se incluyó un grupo de mujeres con cirugía conservadora de mama y éstas obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los otros dos grupos de mujeres. Eltahir et al (2013) hallaron diferencia respecto al bienestar psicosocial, por el contrario, Howes et al (2016) no halló ninguna diferencia. En los dominios que sí encontró diferencias estadísticamente significativas fue en satisfacción del pecho ($p=0,001$) y bienestar sexual ($p=0,001$), siendo las mujeres con reconstrucción mamaria las que tuvieron mayores puntuaciones³⁰.

Según estos resultados obtenidos con el BREAST-Q, la reconstrucción mamaria ayuda a que las mujeres tengan una mejor percepción de su imagen corporal y que se sientan mejor consigo mismas. Si se aceptan tal y como son, el ámbito de la sexualidad será más satisfactorio.

Por otro lado, un estudio de metodología cualitativa evaluó la respuesta de las mujeres a la reconstrucción mamaria. Evaluaron la recuperación física y funcional, lo referente al pecho/cuerpo y el ajuste emocional. En cuanto a la recuperación física y funcional, las mujeres manifestaron que los problemas más comunes fueron la fatiga, entumecimiento, rigidez, hinchazón y dolor. Una vez pasados estos síntomas ya podían retornar a sus actividades normales³¹.

Además, referían sentirse muy bien con su nuevo pecho e incluso describieron la reconstrucción mamaria como una ayuda para sentirse “enteras” de nuevo. Todo ello influyó en que tuvieran una recuperación emocional muy positiva³¹.

Y otro estudio cualitativo, analizó el caso de una mujer que se sometió a reconstrucción de la mama derecha. En este análisis se refleja que la mastectomía afecta gravemente a la imagen corporal, de tal manera que las mujeres sienten una disminución de su feminidad y una baja autoestima. La mama es una parte fundamental en el cuerpo de la mujer y está asociada a la feminidad y a la autoestima de éstas. Por este motivo, la reconstrucción mamaria le permite lograr un alto nivel de calidad de vida³².

QL-INDEX

Este cuestionario evalúa cinco ítems como la actividad, la vida cotidiana, la salud, el apoyo y el estado mental. La escala de tres puntos (0-2) cuantifica objetivamente la calidad de vida de cada ítem. Estas puntuaciones se suman para determinar una puntuación total que indica la calidad de vida (0-10)³³.

Rubino et al (2007) usan este cuestionario para comparar la calidad de vida entre un grupo de mujeres sin reconstrucción mamaria y otro de mujeres con reconstrucción. Al comparar ambos grupos, hallaron diferencias estadísticamente significativas y el grupo de mujeres sin reconstrucción mostró el mayor número de pacientes con puntuaciones bajas en calidad de vida (39,4%). Esta publicación no aporta datos con las puntuaciones obtenidas por los diferentes grupos, por lo que no se puede avanzar en el análisis comparativo.

Además una revisión sistemática aporta resultados contradictorios en relación al efecto positivo de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas. Los artículos que reflejan que la reconstrucción mamaria no tiene efectos beneficiosos en la calidad de vida tienen una publicación inferior al año 2001, lo que hace pensar que la utilización de la tecnología quirúrgica era más agresiva y llevaba más complicaciones. Esto puede explicar que estas mujeres tuvieran peor puntuación. Hoy en día, los tratamientos quirúrgicos son más avanzados, lo que hace que los pacientes tengan menos complicaciones en el postoperatorio³⁴.

AJUSTE PSICOLÓGICO

Rincón et al (2010) utiliza en su estudio la escala de Ansiedad y Depresión HAD al comparar un grupo de mujeres mastectomizadas frente a uno de mujeres con reconstrucción mamaria. Ésta escala incluye 14 ítems, 7 relacionados con la depresión y 7 a la ansiedad, en ellos se hace referencia a cómo se ha sentido la persona durante la última semana. Se obtienen dos valores, uno para la sintomatología ansiosa y otro para sintomatología depresiva.

Las mujeres mastectomizadas obtuvieron mayor puntuación en ansiedad ($p=0,01$) y depresión ($p=0,01$) en comparación con las que se habían sometido a reconstrucción mamaria.

En la misma línea, Rubino et al (2007) evaluaron la ansiedad y depresión en mujeres mastectomizadas y mujeres con reconstrucción mamaria. El instrumento de medida utilizado fue la escala de ansiedad Hamilton (HAM-A) y la escala de depresión Hamilton (HAM-D). La escala HAM-A consta de 14 ítems, los seis primeros y el decimocuarto están relacionados con la ansiedad psíquica; y del séptimo al decimotercero están relacionados con la ansiedad somática. Cada ítem se evalúa con una escala de cinco puntos. Y la escala HAM-D evalúa los signos depresivos en pacientes adultos, se compone de 21 ítems.

En el HAM-A no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres mastectomizadas frente al de mujeres con reconstrucción mamaria. Sin embargo en el HAM-D, las mujeres con reconstrucción mamaria mostraron niveles más bajos de depresión que las mujeres mastectomizadas ($p=0,0047$)³³. Según estos datos, parece que la reconstrucción mamaria contribuye a disminuir los niveles de depresión y ansiedad que sufren las mujeres que se han sometido a una mastectomía.

En el ajuste psicológico también hay un factor determinante y es la personalidad que tenga, en este caso, la mujer que se enfrenta a todo este proceso. Según qué tipo de personalidad tenga, adoptará unas medidas de afrontamiento determinadas, y si éstas son efectivas, la persona tendrá una mayor propensión al bienestar psicológico³⁵.

CONCLUSIONES

En esta revisión de la literatura realizada se puede reflejar la importancia que tiene para una mujer que ha pasado por una mastectomía, el proceso de reconstrucción mamaria. Hoy en día, la mama es una parte del cuerpo con mucho significado y valor para la sociedad. Es el símbolo de feminidad a través del cual la mujer puede sentirse deseada, atractiva y esto está directamente relacionado con la autoestima.

De los tipos de reconstrucción mamaria, parecer ser que la inmediata tiene efectos más positivos en la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas. Las mujeres con reconstrucción inmediata no tenían problemas emocionales que les impidieran realizar las actividades de la vida diaria, se sentían llenas de energía y felicidad y no tenían problemas para relacionarse con las demás personas. Esto puede ser debido a que a estas mujeres se les practico la reconstrucción mamaria en la misma intervención quirúrgica que la mastectomía, por lo que no tuvieron oportunidad de verse sin la mama. De esta forma, el impacto psicológico fue menor y esto repercutió de forma positiva en la calidad de vida.

En general, la reconstrucción mamaria permite que las mujeres realicen todo tipo de actividades sin gran limitación, que se sientan con entusiasmo y energía todo el tiempo, que realicen actividades sociales normales y no tengan problemas con el trabajo y con las actividades de la vida diaria. Estas mujeres también tienen menos sintomatología ansiosa y depresiva. Todos estos beneficios se mantienen incluso dos años después de realizada la reconstrucción mamaria.

En todo este proceso, la enfermera de consulta puede aconsejar de forma individualizada a las mujeres en cuanto a las repercusiones que la reconstrucción mamaria puede tener en sus vidas. También les puede ayudar en el preoperatorio trabajando la ansiedad, el miedo, proporcionando apoyo psicológico. Y en el postoperatorio informando sobre los cuidados a llevar a cabo para prevenir complicaciones y así poder llevar una calidad de vida óptima tras la reconstrucción.

En cuanto a las limitaciones del trabajo, la mayoría de los estudios que componen esta búsqueda bibliográfica son descriptivos, transversales, retrospectivos...No se han encontrado ensayos clínicos aleatorizados. Considerando propuestas futuras de investigación sería interesante el diseño de estudios longitudinales que midan la calidad de vida antes y después de la reconstrucción mamaria, de esta manera se podría cuantificar con más exactitud su repercusión. Además se pueden proponer estudios de corte cualitativo que indaguen en la repercusión del estado emocional de las personas.

También, hay que tener en cuenta que en la calidad de vida influyen síntomas como náuseas, vómitos, el dolor que tras la reconstrucción mamaria puede influir en el desarrollo de las ABVD y esto puede confundir los resultados.

Es por ello, que se hace necesario usar escalas específicas para medir la calidad de vida en este tipo de población, ya que la mayoría de estudios de calidad de vida de pacientes con reconstrucción mamaria, usan escalas genéricas como el SF-36. En este trabajo, uno de los estudios incluidos, utilizó la escala QL-Index para medir la calidad de vida, y a pesar de buscar en varios sitios, no pude obtener las preguntas de este cuestionario utilizadas para medir la calidad de vida en mujeres con reconstrucción mamaria.

Todo el proceso de reconstrucción mamaria conlleva además, un gran consumo de recursos tanto humanos como económicos, que no hemos podido encontrar una estimación precisa del coste. No obstante, sería interesante conocer el coste-beneficio de los diferentes tipos de reconstrucción mamaria, en un momento donde la gestión del recurso es una máxima. Así podríamos valorar cuál resulta más rentable y que a la vez, pueda ofrecer más beneficios a las pacientes.

Bibliografía

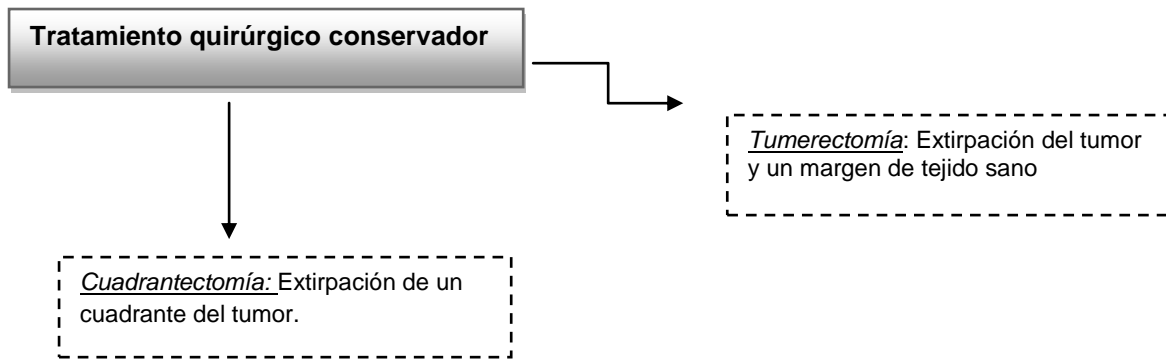
1. Hart A , Pinell-White X, Egro F, Losken A. The psychosexual impact of partial and total Breast Reconstruction. A prospective one-year longitudinal study. *Ann of Plast Surg.* 2015; 75(3).
2. Trejo JL, Maffuz A, Said F, Domínguez C, Hernández B, VillegaS F, et al. Impacto en la calidad de vida con cirugía reconstructiva posterior al tratamiento de cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex.* 2013; 81(9): 510-18.
3. Rincon M, Perez M, Borda M, Martín A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Univ. Psychol.* 2012; 11(1): 25-41.
4. Sepúlveda S. Reconstrucción mamaria. *Med. Clin. Condes.* 2016; 27(1): 65-75.
5. Marré D, Gantz J, Villalón J, Roco H. Reconstrucción mamaria: estado actual del tema. *Rev Chil Cir.* 2016; 68(2).
6. Algara M, Piñero A, Salinas J, Gómez G. Radioterapia y técnicas de reconstrucción mamaria. *Senol Patol Mamar.* 2013; 26(1): 25-32.
7. Lagares, A. Análisis coste-efectividad de la reconstrucción mamaria con implantes versus reconstrucción con colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda [tesis doctoral]. Sevilla: 2015.
8. Braña B, Carrera D, De la Villa M, Vegas E. Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enferm. Clin.* 2012; 22(2): 65-75.
9. Recalde M, Samudio M. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2012; 10(2): 13-29.
10. Calero P, Vallejo L, Lemus S. Cuestionarios para medir la calidad de vida en cáncer de mama. *Rev de Investig. en Salud Univ. Boyacá.* 2015; 2(2): 195-218.
11. Villegas M. Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas. *Revista académica e institucional de la UCPR.* 2009;(83).
12. Olivares M. Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología.* 2007; 4(2-3): 447-64.
13. American Society of Plastic Surgeons. [sede Web].2016 [actualizada el 14 de junio de 2014; acceso el 30 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.plasticsurgery.org/>.
14. SECPRE. Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética. [sede Web]. Madrid.[acceso el 02 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.secpres.org/>.
15. Atherton D, Hills A, Moradi P, Muirhead Nea. The economic viability of breast reconstruction in the UK: Comparison of a single surgeon's experience of implant; LD; TRAM and DIEP based reconstructions in 274 patients. *JPRAS.* 2011; 64(6): 710-15.

16. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15/11/2002).
17. Organización colegial de Enfermería. Código deontológico de la enfermería española. 1989.
18. Poblete M SO. Principios bioéticos para la práctica Principios bioéticos para la práctica. Rev Enferm IMSS. 2005; 13(3): 161-65.
19. Novo A, Lorda E, Laredo C. Coste de la reconstrucción mamaria en la sanidad pública española según la técnica aplicada. Cir. Plást. iberolatinoam. 2014; 40(1): 13-20.
20. Ruiz De Alegría B. Vivir en diálisis: Afrontamiento y calidad de vida[tesis doctoral]. 2010.
21. Hunsinger V, Hivelin M, Derder M, Klein D, Velten M, Lantieri M. Long-term follow-up of quality of life following DIEP flap breast reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2016; 137(5).
22. Atisha D, Alderman A, Lowery J, Kuhn L, Davis J, Wilkins E. Prospective analysis of long-term psychosocial outcomes in breast reconstruction. Ann Surg. 2008; 247(6): 1019-28.
23. R F, Marques D, De Freitas R, Zangiacomini E. Comparison of quality of life, satisfaction with surgery and shoulder-arm morbidity in breast cancer survivors submitted to breast-conserving therapy or mastectomy followed by immediate breast reconstruction. Clinics. 2010; 65(8): 781-87.
24. Manganiello A, Akiko L, Magnoni L, Morais C, Manganiello C. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. Eur J Oncol Nurs. 2011; 15: 167-72.
25. Eltahir Y, Werners L, Dreise M, Zeijlmans I, Jansen L, Werker P, 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. 2013; 132(2).
26. Jagsi R, Li Y, Morrow M, Janz N, Alderman A, Graff J, et al. Patient-reported quality of life and satisfaction with cosmetic outcomes after breast conservation and mastectomy with and without reconstruction. Ann Surg. 2015; 261(6): 1198-206.
27. Heneghan H, Prichard R, Lyons R, Regan P, Kelly J, Malone C, et al. Quality of life after immediate breast reconstruction and skin-sparing mastectomy. A comparison with patients undergoing breast conserving surgery. EJSO. 2011; 37: 937-43.
28. Arraras J, Illarramendi J, Manterola A, Salgado E. Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama. El sistema de medida de la EORTC. Psicooncología. 2007; 4(2-3): 367-84.
29. Rincón M, Pérez M, Borda M, Martín A. Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria. Cir. Plast. Iberolatinoam. 2010; 36(4): 359-68.

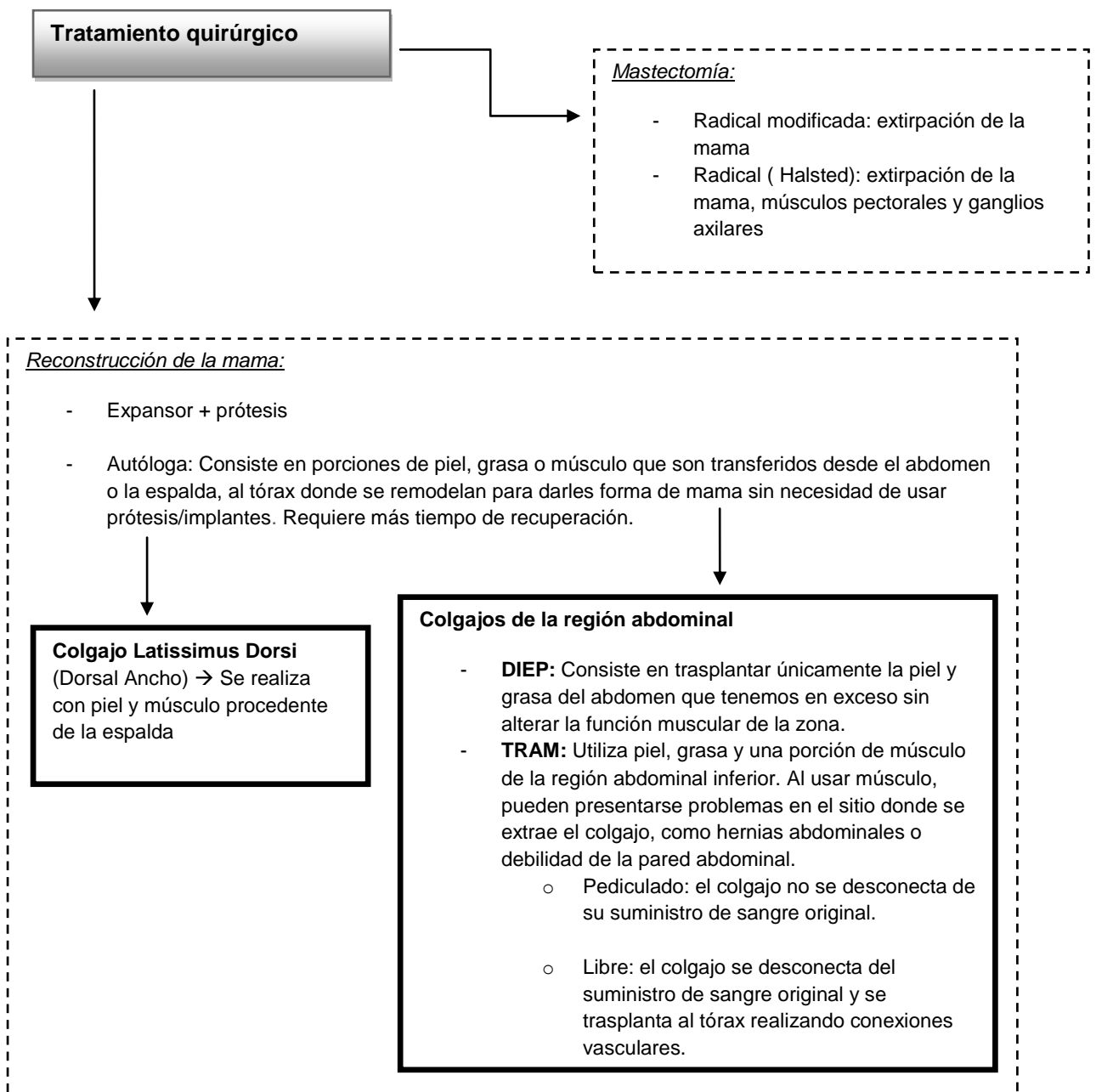
30. Howes B, Watson D, Xu C, Fosh B, Canepa M, Dean N. Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast- conserving surgery for breast cancer: A case- controlled cohort study. JPRAS. 2016; 69: 1184-91.
31. Spector D, Mayer D, Knafelz K, Pusic A. Women's recovery experiences after breast cancer reconstruction surgery. J Psychosoc Oncol. 2011; 29(6).
32. Martínez M. Reconstrucción mamaria y consecuencia en la vida de las mujeres. A propósito de un caso. En: Impacto social del conocimiento- II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud. Granada; 2015.
33. Rubino C, Figus A, Loretto L, Sechi G. Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. JPRAS. 2007; 60: 509-18.
34. Lee C, Sunu C, Pignone M. Patient reported outcomes of breast reconstruction after mastectomy: A systematic review. J Am Coll Surg. 2009 Julio; 209(1).
35. García C, González M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. Av Psicología Clínica Latinoamericana. 2007; 25(1): 72-80.
36. National Cancer Institute. [sede Web]. [actualizada el 25 de abril de 2012; acceso el 12 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.gov>.

ANEXOS

ANEXO 1: TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL CÁNCER DE MAMA



** Se ha de complementar con tratamiento con radioterapia



ANEXO 2: CUESTIONARIO DE SALUD SF 36

1. En general, usted diría que su salud es:
 - Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala

2. En comparación con hace un año ¿cómo calificaría su salud en general ahora?
 - Mucho mejor ahora que hace un año
 - Algo mejor ahora que hace un año
 - Más o menos igual que hace un año
 - Algo peor ahora que hace un año
 - Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. -----	<input type="checkbox"/> 1 -----	<input type="checkbox"/> 2 -----	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. -----	<input type="checkbox"/> 1 -----	<input type="checkbox"/> 2 -----	<input type="checkbox"/> 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra. -----	<input type="checkbox"/> 1 -----	<input type="checkbox"/> 2 -----	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> 1 -----	<input type="checkbox"/> 2 -----	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> 1 -----	<input type="checkbox"/> 2 -----	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse. -----	<input type="checkbox"/> 1 -----	<input type="checkbox"/> 2 -----	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> -----	<input type="checkbox"/> 1 -----	<input type="checkbox"/> 2 -----	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar varios centenares de metros. -----	<input type="checkbox"/> 1 -----	<input type="checkbox"/> 2 -----	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar unos 100 metros. -----	<input type="checkbox"/> 1 -----	<input type="checkbox"/> 2 -----	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo. -----	<input type="checkbox"/> 1 -----	<input type="checkbox"/> 2 -----	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- No, ninguno
 - Sí, muy poco
 - Sí, un poco
 - Sí, moderado
 - Sí, mucho
 - Sí, muchísimo
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- Nada
 - Un poco
 - Regular
 - Bastante
 - Mucho
9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

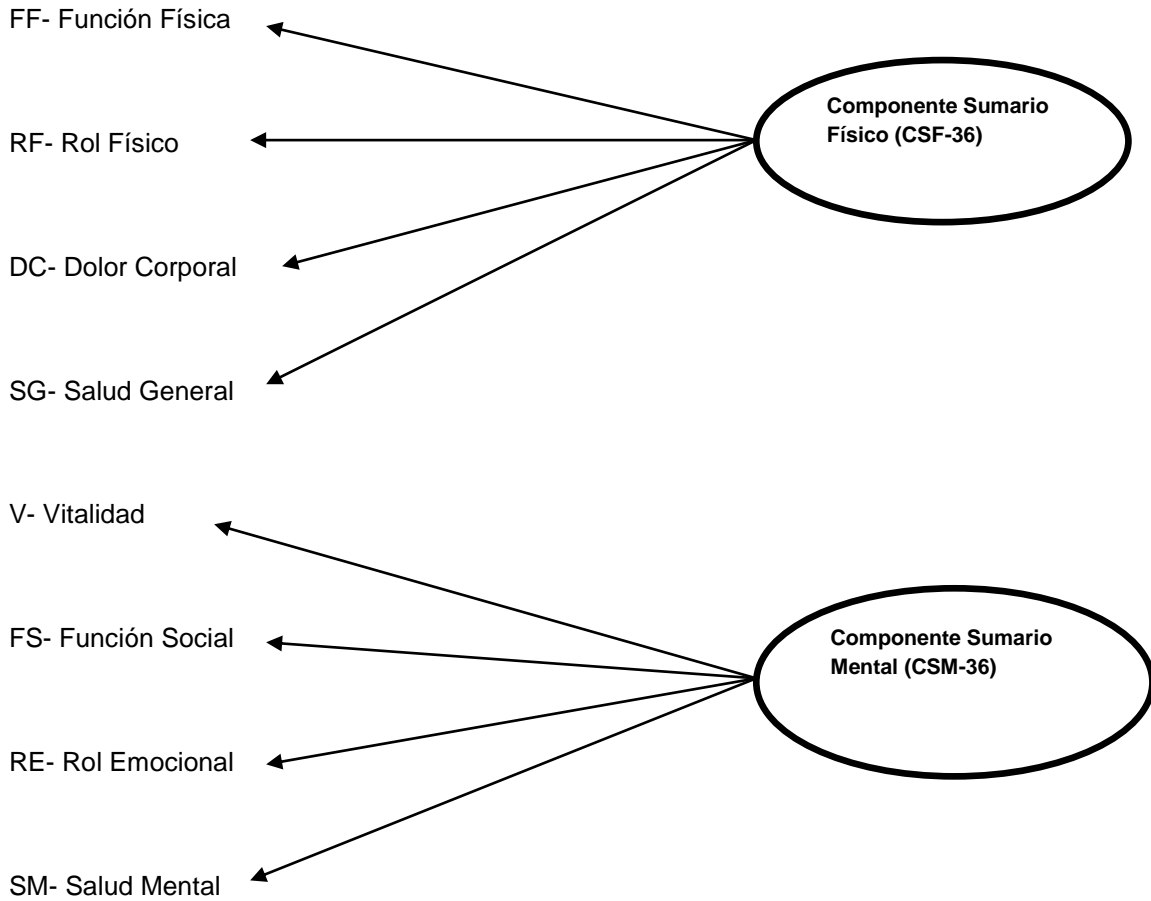
	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más facilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Versión española de SF-36v2 Health Survey 1996, 2000 adaptada por J. Alonso y cols 2003.

Creación de los Componentes resumen (CSF y CSM) del **SF36**

Dimensiones/ Escalas

Índices sumarios



ANEXO 3: Cuestionario EORTC QLQ-C30 - EORTC QLQ BR-23

Estructura del QLQ-C30

Cinco escalas funcionales	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionamiento físico - De rol - Cognitivo - Emocional - Social
Tres escalas de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> - Fatiga - Dolor - Náusea/vómitos
Una escala global de salud/ calidad de vida	
Ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, y el impacto financiero	

Contenido del módulo de mama EORTC QLQ BR-23

1. Área de nivel de funcionamiento	Ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, y el impacto financiero
2. Síntomas	Escalas de síntomas del brazo, del pecho, efectos secundarios de la quimioterapia y la hormonoterapia. Un ítem de la preocupación por la pérdida del pelo.

ANEXO 4: Cuestionario FACT-B

<u>PHYSICAL WELL-BEING</u>		No t at all	A littl e	Som e- what	Quit ea bit	Ver y muc
GP 1	I have a lack of energy	0	1	2	3	4
GP 2	I have nausea	0	1	2	3	4
GP 3	Because of my physical condition, I have trouble meeting the needs of my family.....	0	1	2	3	4
GP 4	I have pain	0	1	2	3	4
GP 5	I am bothered by side effects of treatment	0	1	2	3	4
GP 6	I feel ill.....	0	1	2	3	4
GP	I am forced to spend time in bed	0	1	2	3	4

<u>SOCIAL/FAMILY WELL-BEING</u>		No t at all	A littl e	Som e- what	Quit ea bit	Ver y muc
GS 1	I feel close to my friends.....	0	1	2	3	4
GS 2	I get emotional support from my family	0	1	2	3	4
GS 3	I get support from my friends.....	0	1	2	3	4

GS 4	My family has accepted my illness	0	1	2	3	4
GS 5	I am satisfied with family communication about my illness.....	0	1	2	3	4
GS 6	I feel close to my partner (or the person who is my main support).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Regardless of your current level of sexual activity, please answer the following question. If you prefer not to answer it, please mark this box <input type="checkbox"/> and go to the next section</i>					
GS 7	I am satisfied with my sex life	0	1	2	3	4

EMOTIONAL WELL-BEING

		No t at all	A littl e	Som e- what	Quit ea bit	Ver y muc
GE 1	I feel sad	0	1	2	3	4
GE 2	I am satisfied with how I am coping with my illness	0	1	2	3	4
GE 3	I am losing hope in the fight against my illness.....	0	1	2	3	4
GE 4	I feel nervous	0	1	2	3	4
GE 5	I worry about dying	0	1	2	3	4
GE	I worry that my condition will get worse.....	0	1	2	3	4

<u>FUNCTIONAL WELL-BEING</u>		No t at all	A littl e bit	Som e- what	Quite a bit	Very muc h
GF 1	I am able to work (include work at home)	0	1	2	3	4
GF 2	My work (include work at home) is fulfilling.....	0	1	2	3	4
GF 3	I am able to enjoy life	0	1	2	3	4
GF 4	I have accepted my illness	0	1	2	3	4
GF 5	I am sleeping well.....	0	1	2	3	4
GF 6	I am enjoying the things I usually do for fun.....	0	1	2	3	4
GF	I am content with the quality of my life right now	0	1	2	3	4

<u>ADDITIONAL CONCERNS</u>		No t at all	A littl e	Some -what	Quite a bit	Very muc h
B 1	I have been short of breath	0	1	2	3	4
B 2	I am self-conscious about the way I dress.....	0	1	2	3	4
B 3	One or both of my arms are swollen or tender	0	1	2	3	4

Calidad de vida y ajuste psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria

B 4	I feel sexually attractive.....	0	1	2	3	4
B 5	I am bothered by hair loss.....	0	1	2	3	4
B 6	I worry that other members of my family might someday get the same illness I have.....	0	1	2	3	4
B 7	I worry about the effect of stress on my illness.....	0	1	2	3	4
B 8	I am bothered by a change in weight.....	0	1	2	3	4
B	I am able to feel like a woman	0	1	2	3	4
P 2	I have certain parts of my body where I experience pain.....	0	1	2	3	4

Cella D. FACIT.org. [sede Web]; 2010 [consultado el 18 de febrero de 2017]. Disponible en:
<http://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>.

ANEXO 5: Cuestionario BREAST-Q

Reconstruction module postoperative

1. With your breasts in mind, in the past 2 weeks, how satisfied or dissatisfied have you been with:

	Very Dissatisfied	Somewhat Dissatisfied	Somewhat Satisfied	Very Satisfied
How you look in the mirror <u>clothed</u> ?	1	2	3	4
The shape of your reconstructed breast(s) when you are wearing a bra?	1	2	3	4
How normal you feel in your clothes?	1	2	3	4
The size of your reconstructed breast(s)?	1	2	3	4
Being able to wear clothing that is more fitted?	1	2	3	4
How your breasts are lined up in relation to each other?	1	2	3	4
How comfortably your bras fit?	1	2	3	4
The softness of your reconstructed breast(s)?	1	2	3	4
How equal in size your breasts are to each other?	1	2	3	4
How natural your reconstructed breast(s) looks?	1	2	3	4
How naturally your reconstructed breast(s) sits/hangs?	1	2	3	4
How your reconstructed breast(s) feels to touch?	1	2	3	4
How much your reconstructed breast(s) feels like a natural part of your body?	1	2	3	4
How closely matched your breasts are to each other?	1	2	3	4
How your reconstructed breast(s) look now compared to before you had any breast surgery?	1	2	3	4
How you look in the mirror <u>unclothed</u> ?	1	2	3	4

Calidad de vida y ajuste psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria

This question is about breast reconstruction using IMPLANTS. If you do not have an implant(s) please skip to question 3. If you do have an implant(s), please answer question 2 below.

2. In the past 2 weeks, how satisfied or dissatisfied have you been with:

	Very Dissatisfied	Somewhat Dissatisfied	Somewhat Satisfied	Very Satisfied
The amount of rippling (wrinkling) of your implant(s) that you can <u>see</u> ?	1	2	3	4
The amount of rippling (wrinkling) of your implant(s) that you can <u>feel</u> ?	1	2	3	4

3. We would like to know how you feel about the outcome of your breast reconstruction surgery. Please indicate how much you agree or disagree with each statement:

	Disagree	Somewhat Agree	Definitely Agree
Having reconstruction is much better than the alternative of having no breast(s).	1	2	3
I would encourage other women in my situation to have breast reconstruction surgery.	1	2	3
I would do it again	1	2	3
I have no regrets about having the surgery	1	2	3
Having this surgery changed my life for the better	1	2	3
The outcome perfectly matched my expectations.	1	2	3
It turned out exactly as I had planned.	1	2	3

Calidad de vida y ajuste psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria

4. With your breasts in mind, in the past 2 weeks, how often have you felt:

	None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
Confident in a social setting?	1	2	3	4	5
Confident in a social setting?	1	2	3	4	5
Emotionally healthy?	1	2	3	4	5
Of equal worth to other women?	1	2	3	4	5
Self-confident?	1	2	3	4	5
Feminine in your clothes?	1	2	3	4	5
Accepting of your body?	1	2	3	4	5
Normal?	1	2	3	4	5
Like other women?	1	2	3	4	5
Attractive?	1	2	3	4	5

5. Thinking of your sexuality, since your breast reconstruction, how often do you generally feel:

	None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time	Not Applicable
Sexually attractive in your clothes?	1	2	3	4	5	6
Comfortable/at ease during sexual activity?	1	2	3	4	5	6
Confident sexually?	1	2	3	4	5	6
Satisfied with your sex-life?	1	2	3	4	5	6
Confident sexually about how your breast(s) look when <u>unclothed</u> ?	1	2	3	4	5	6
Sexually attractive when <u>unclothed</u> ?	1	2	3	4	5	6

Calidad de vida y ajuste psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria

6. In the past 2 weeks, how often have you experienced:

	None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
Neck pain?	1	2	3	4	5
Neck pain?	1	2	3	4	5
Shoulder pain?	1	2	3	4	5
Arm pain?	1	2	3	4	5
Rib pain?	1	2	3	4	5
Pain in the muscles of your chest?	1	2	3	4	5
Difficulty lifting or moving your arms?	1	2	3	4	5
Difficulty sleeping because of discomfort in your breast area?	1	2	3	4	5
Tightness in your breast area?	1	2	3	4	5
Pulling in your breast area?	1	2	3	4	5
Nagging feeling in your breast area?	1	2	3	4	5
Tenderness in your breast area?	1	2	3	4	5
Sharp pains in your breast area?	1	2	3	4	5
Shooting pains in your breast area?	1	2	3	4	5
Aching feeling in your breast area?	1	2	3	4	5
Throbbing feeling in your breast area?	1	2	3	4	5

The following questions are about reconstruction using a TRAM or DIEP flap (i.e., reconstruction using skin and fat from you abdomen/tummy area). If you do not have a TRAM or DIEP flap, please skip to question 10. If you do have a TRAM or DIEP flap, please answer the following questions:

7. In the past 2 weeks, with your abdomen (tummy area) in mind, how often have you experienced:

	None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
Difficulty sitting up because of abdominal muscle weakness (e.g. getting out of bed)?	1	2	3	4	5
Difficulty doing everyday activities because of abdominal muscle weakness (e.g. making your bed)?	1	2	3	4	5
Abdominal discomfort?	1	2	3	4	5
Abdominal bloating?	1	2	3	4	5
Abdominal bulging?	1	2	3	4	5
Tightness in your abdomen?	1	2	3	4	5
Pulling in your abdomen?	1	2	3	4	5
Lower back pain?	1	2	3	4	5

8. In the past 2 weeks, how satisfied or dissatisfied have you been with:

	Very Dissatisfied	Somewhat Dissatisfied	Somewhat Satisfied	Very Satisfied
How your abdomen looks?	1	2	3	4
The position of your navel (belly button)?	1	2	3	4
How your abdominal scars look?	1	2	3	4

9. In the past 2 weeks, how satisfied or dissatisfied have you been with:

	Very Dissatisfied	Somewhat Dissatisfied	Somewhat Satisfied	Very Satisfied
How your abdomen <u>feels</u> now compared to before your surgery?	1	2	3	4
How your abdomen <u>looks</u> now compared to before your surgery?	1	2	3	4

This question is about NIPPLE reconstruction. If you did not have nipple reconstruction, please skip to question 11. If you did have nipple reconstruction, please answer question 10 below.

10. In the past 2 weeks, how satisfied or dissatisfied are you with:

	Very Dissatisfied	Somewhat Dissatisfied	Somewhat Satisfied	Very Satisfied
The shape of your reconstructed nipple(s)?	1	2	3	4
How your reconstructed nipple(s) and areola(s) look?	1	2	3	4
How natural your reconstructed nipple(s) look?	1	2	3	4
The color of your reconstructed nipple/areolar complex?	1	2	3	4
The height (projection) of your reconstructed nipple(s)?	1	2	3	4

11. This question is about NIPPLE reconstruction. If you did not have nipple reconstruction, please skip to question 11. If you did have nipple reconstruction, please answer question 10 below.

	Very Dissatisfied	Somewhat Dissatisfied	Somewhat Satisfied	Very Satisfied
How the breast reconstruction surgery was to be done?	1	2	3	4
Healing and recovery time?	1	2	3	4
Possible complications?	1	2	3	4
The options you were given regarding <u>types</u> of breast reconstruction?	1	2	3	4
The options you were given regarding <u>timing</u> of your breast reconstruction (i.e. same time as your mastectomy versus later)?	1	2	3	4
The pros and cons of the <u>timing</u> of your breast reconstruction?	1	2	3	4
How long the process of breast reconstruction would take from start to finish?	1	2	3	4
What size you could expect your breasts to be after reconstructive surgery?	1	2	3	4
How much pain to expect during recovery?	1	2	3	4
What you could expect your breasts to look like after surgery?	1	2	3	4
How long after reconstruction surgery it would take to feel like yourself/feel normal again?	1	2	3	4
How the surgery could affect future breast cancer screening (e.g. mammogram, self examinations)?	1	2	3	4

Calidad de vida y ajuste psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria

Lack of sensation in your reconstructed breast(s) and nipple(s)?	1	2	3	4
What other women experience with their breast reconstruction surgery?	1	2	3	4
What the scars would look like?	1	2	3	4

12. These questions ask about your plastic surgeon. Did you feel that he/she:

	Definitely Disagree	Somewhat Disagree	Somewhat Agree	Definitely Agree
Was professional?	1	2	3	4
Gave you confidence?	1	2	3	4
Involved you in the decision-making process?	1	2	3	4
Was reassuring?	1	2	3	4
Answered all your questions?	1	2	3	4
Made you feel comfortable?	1	2	3	4
Was thorough?	1	2	3	4
Was easy to talk to?	1	2	3	4
Understood what you wanted?	1	2	3	4
Was sensitive?	1	2	3	4
Made time for your concerns?	1	2	3	4
Was available when you had concerns?	1	2	3	4

13. These questions ask about members of the medical team other than the surgeon (e.g. nurses and other doctors who looked after you in the hospital when you had your breast reconstruction surgery).

Did you feel that they:

	Definitely Disagree	Somewhat Disagree	Somewhat Agree	Definitely Agree
Were professional?	1	2	3	4
Treated you with respect?	1	2	3	4
Were knowledgeable?	1	2	3	4
Were friendly and kind?	1	2	3	4
Made you feel comfortable?	1	2	3	4
Were thorough?	1	2	3	4
Made time for your concerns?	1	2	3	4

14. These questions ask about members of the office staff (e.g. secretaries, office or clinic nurses).

Did you feel that they:

	Definitely Disagree	Somewhat Disagree	Somewhat Agree	Definitely Agree
Were professional?	1	2	3	4
Treated you with respect?	1	2	3	4
Were knowledgeable?	1	2	3	4
Were friendly and kind?	1	2	3	4
Made you feel comfortable?	1	2	3	4
Were thorough?	1	2	3	4
Made time for your concerns?	1	2	3	4

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. BREAST-Q. [sede Web]; 2012 [consultado el 19 de febrero de 2017].

Disponible en: <https://webcore.mskcc.org/breastq/get-bq.html>.

Identificar las repercusiones de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida y en el ajuste psicológico de las mujeres mastectomizadas con cáncer de mama.

ANEXO 6: TABLA DE CONCEPTOS Y PALABRAS CLAVE

	SINÓNIMOS Y ANTÓNIMOS	TRADUCCIÓN AL INGLÉS	PALABRA CLAVE
Reconstrucción mamaria	<ul style="list-style-type: none"> - Reparación mamaria - Cirugía reconstructiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Breast reconstruction - Breast repair - Reconstructive surgery 	<p><u>Medline</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mammoplasty <p><u>Cochrane</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mammoplasty <p><u>Scielo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconstrucción mamaria <p><u>Cinahl</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Breast reconstruction <p><u>Lilacs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mammoplasty
Calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias de vida - Estándares de vida - Estilo de vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Quality of life - Life experiences - Living standards - Lifestyle 	<p><u>Medline</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quality of life - Lifestyle - Life change events <p><u>Cochrane</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quality of life - Lifestyle - Life change events <p><u>Scielo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida <p><u>Cinahl</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quality of life - Life style changes - Life change events - Social adjustment <p><u>Lilacs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quality of life

<p>Ajuste psicológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptación psicológica - Conciliación psicológica - Ajuste social - Comportamiento adaptativo - Comportamiento de afrontamiento - Bienestar psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychological adjustment - Psychological adaptation - Psychological conciliation - Social adjustment - Adaptive behavior - Coping behavior - Psychological well-being 	<p><u>Medline</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation psychological - Social adjustment <p><u>Cochrane</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychological adaptation - Social adjustment <p><u>Scielo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajuste psicológico <p><u>Cinahl</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation psychological <p><u>Lilacs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Emocional adjustment
<p>Mastectomía</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mastectomy 	<p><u>Medline</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mastectomy <p><u>Cochrane</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mastectomy <p><u>Scielo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mastectomía <p><u>Cinahl</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mastectomy <p><u>Lilacs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mastectomy 	

Identificar las repercusiones de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida y en el ajuste psicológico de las mujeres mastectomizadas con cáncer de mama.

ANEXO 7: TABLA DEL PROCESO DE BÚSQUEDA DE LA BIBLIOGRAFÍA

BASE DE DATOS	Nº DE BÚSQUEDA	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE RESULTADOS	RESULTADOS ELEGIDOS SEGÚN TÍTULO Y/O ABSTRACT	COMENTARIOS	ARTÍCULOS DISPONIBLES A TEXTO COMPLETO	ARTÍCULOS A INTEGRAR EN EL TFG
MEDLINE	1	Mammaplasty AND quality of life AND adaptation psychological AND mastectomy	21	11	Búsqueda efectiva. Desecho 8 artículos por no cumplir criterios de inclusión	3	3
	2	Mammaplasty AND [quality of life OR life style OR life change events] AND [psychological adaptation OR social adjustment] AND mastectomy. Limitar a texto completo, 2005-2017	3	-	Me salen los mismos artículos que elegí en la búsqueda anterior	-	-

Calidad de vida y ajuste psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria

	3	Mammaplasty AND psychological adaptation AND mastectomy. Limitar a texto completo, 2005-current	15	4	Búsqueda válida. Aunque rechazo 3 artículos de los elegidos por no tener acceso a texto completo y el otro por no responder al objetivo después de leerlo.	1	0
	4	Mammaplasty AND social adjustment AND mastectomy. Limitar a texto completo, 2005-current	0	0	Búsqueda no efectiva, no se obtiene ningún resultado.	0	0
	5	Mammaplasty AND quality of life AND mastectomy	36	12	Búsqueda efectiva con artículos que van dirigidos al objetivo	5	4
CUIDEN	1	Reconstrucción mamaria AND calidad de vida AND ajuste psicológico AND mastectomía	0	0	Búsqueda no efectiva. Voy a probar utilizando una ecuación para cada término	0	0

Calidad de vida y ajuste psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria

	2	Reconstrucción mamaria AND calidad de vida	4	1	Búsqueda efectiva pero pocos artículos	1	1
	3	Reconstrucción mamaria AND ajuste psicológico	0	0	Búsqueda no efectiva	0	0
COCHRANE	1	Mammaplasty AND quality of life AND adaptation psychological AND mastectomy	0	0	Búsqueda no efectiva. Probaré con una ecuación de búsqueda para cada término	0	0
	2	Mammaplasty AND quality of life AND mastectomy	14	2	Búsqueda efectiva. Probaré con el término "psychological adaptation"	2	1
SCIELO	1	Reconstrucción mamaria AND calidad de vida AND mastectomía	2	2	Búsqueda efectiva, con términos deseados. Probaré con el término "ajuste psicológico"	2	1
	2	Reconstrucción mamaria AND ajuste psicológico AND mastectomía	0	0	Búsqueda no efectiva	0	0

Calidad de vida y ajuste psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria

DIALNET	1	Reconstrucción mamaria y calidad de vida	4	1	Búsqueda efectiva. Probaré usando el término "ajuste psicológico"	1	1
	2	Reconstrucción mamaria y ajuste psicológico	2	0	Búsqueda no efectiva. Los artículos son los mismos de la búsqueda anterior	0	0
CINAHL	1	Breast reconstruction AND quality of life AND adaptation psychological AND mastectomy	3	2	Búsqueda válida. Incluye términos deseados. Rechazo 1 artículo por no cumplir criterio de inclusión por año de publicación	1	1
	2	Breast reconstruction AND (quality of life OR life style changes OR life change events) AND (adaptation psychological OR social adjustment) AND mastectomy.	17	2	Búsqueda efectiva, pero la mayoría de artículos no responden al objetivo y los que elegí no tengo acceso a texto completo	0	0

Calidad de vida y ajuste psicológico en las mujeres con reconstrucción mamaria

		Limitar a texto completo, abstract, 2005-2017					
LILACS	1	Mammoplasty AND quality of life AND emocional adjustment AND mastectomy. Limitar a texto completo, artículos de la base de datos LILACS	7	1	Válida	1	1
RNAO (Registered Nurses Association of Ontario)	1	Mammoplasty	0	0	No he encontrado ninguna guía clínica sobre este tema	0	0
JPRA An international journal of surgical reconstruction	1	Total reconstruction of breast AND quality of life. Límite por año 2005-2017	4	2	Búsqueda efectiva dirigida al objetivo	2	1
MANUAL	1					1	1

Identificar las repercusiones de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida y en el ajuste psicológico de las mujeres mastectomizadas con cáncer de mama.

ANEXO 8: TABLA RESUMEN DE LA LITERATURA CONSULTADA

TITULO Y AUTOR	TIPO DE ESTUDIO	ESCALA DE CALIDAD DE VIDA	OBJETIVO	MUESTRA Y TIPO DE PACIENTE	HALLAZGOS DE INTERÉS
<p>Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy</p> <p>Manganiello A et al.</p> <p>2011</p>	<p>Transversal-descriptivo</p>	<p>SF36</p>	<p>Evaluar el funcionamiento sexual post mastectomía de pacientes con cáncer de mama y su asociación con la calidad de vida y la reconstrucción mamaria</p>	<p>100 mujeres</p> <p>Pacientes que estuvieran dentro del primer o segundo año después de la mastectomía</p>	<p>Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre algunos dominios del SF36 (capacidad funcional, limitaciones emocionales y salud mental) y puntuaciones del SQ-F (instrumento de medida de la sexualidad).</p> <p>A puntuaciones altas en el SF-36, mejor puntuación en el SQ-F.</p> <p>El valor medio del SQ-F fue estadísticamente mejor en aquellas mujeres sometidas a reconstrucción mamaria (p 0,04).</p> <p>Las mujeres que optan por la reconstrucción mamaria tendrán mejor calidad de vida y por tanto, mejor sexualidad.</p>

<p>Prospective analysis of long-term psychosexual outcomes in breast reconstruction. Two year postoperative results from de Michigan Reconstruction Outcomes Study</p> <p>Atisha D et al.</p> <p>2008</p>	<p>Prospectivo</p>	<p>SF 36 FACT-B</p>	<p>Evaluar prospectivamente los resultados psicosociales y la imagen corporal de los pacientes 2 años después de la reconstrucción post mastectomía</p>	<p>173 pacientes → 116 con reconstrucción inmediata 57 con reconstrucción tardía</p>	<p style="text-align: center;">SF36</p> <p style="text-align: center;"><u>Reconstrucción inmediata</u></p> <p>La puntuación en los dominios de bienestar emocional, vitalidad, salud mental y funcionamiento social fue estadísticamente mejor tras la reconstrucción mamaria.</p> <p>La imagen corporal se mantuvo igual que antes del procedimiento reconstructivo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas (p 0,6394).</p> <p style="text-align: center;"><u>Reconstrucción tardía</u></p> <p>No se hallaron resultados estadísticamente significativos en ningún dominio del SF-36. No obstante, el dominio de salud mental general aumentó 1.02 puntos tras la reconstrucción.</p> <p>La imagen corporal en este grupo fue estadísticamente mejor que antes de la reconstrucción (p<0.0001).</p> <p style="text-align: center;">FACT-B</p> <p style="text-align: center;"><u>Reconstrucción inmediata</u></p> <p>Tras la reconstrucción mamaria, el dominio de bienestar funcional y bienestar social mejoraron significativamente. Sin embargo en imagen corporal no se halló ninguna diferencia entre el antes y después de la reconstrucción mamaria.</p> <p style="text-align: center;"><u>Reconstrucción tardía</u></p> <p>No se hallaron diferencias estadísticamente significativas, aunque hubo una mejora del bienestar emocional y bienestar funcional tras la reconstrucción. Parecía haber un ligero descenso en el bienestar social tras la reconstrucción.</p>
--	--------------------	-------------------------	---	---	---

<p>Comparison of quality of life, satisfaction with surgery and shoulder-arm morbidity in breast cancer survivors submitted to breast-conserving therapy or mastectomy followed by immediate breast reconstruction</p>	<p>Transversal</p>	<p>SF 36</p>	<p>Comparar la calidad de vida de las mujeres sometidas a terapia conservadora de mama o mastectomía radical modificada y la reconstrucción mamaria inmediata</p>	<p>44 Mujeres con cirugía conservadora de mama (BCT) 26 Mujeres con mastectomía radical modificada y reconstrucción mamaria (MRM+IBR)</p>	<p>Al comparar ambos grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún dominio del SF36. El puntaje más alto en ambos grupos fue en funcionamiento de rol emocional. Por el contrario, la puntuación más baja fue en el rol de funcionamiento físico.</p>
<p>Freitas R et al. 2010</p>					
<p>Impacto en la calidad de vida con cirugía reconstructiva posterior al tratamiento de cáncer de mama</p>	<p>Retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico</p>	<p>SF 36</p>	<p>Evaluar la calidad de vida posterior a la reconstrucción de la mama y comparar los resultados con pacientes que no aceptaron la reconstrucción</p>	<p>37 mujeres con reconstrucción mamaria (24 reconstrucción inmediata y 13 reconstrucción tardía) 37 pacientes mastectomía sin reconstrucción Grupo control → pacientes sanas</p>	<p>En las pacientes con reconstrucción, el peor puntaje fue en el rubro de rol físico y el mejor en el de función social. En las pacientes sin reconstrucción el puntaje más alto fue función física y el peor puntaje en el rol físico. Las mujeres que se habían sometido a reconstrucción mamaria obtuvieron mejor puntuación en todos los dominios del SF 36, excepto en dolor corporal y vitalidad. Se evaluó la repercusión en la vida sexual posterior a la reconstrucción. El 54% de las mujeres reconstruidas reflejaron que su sexualidad se mantenía igual que antes de este procedimiento. No obstante un 29% reveló que su sexualidad había mejorado con la reconstrucción.</p>
<p>Trejo-Ochoa J et al. 2013</p>					

<p>Long-term follow-up of quality of life following DIEP flap breast reconstruction</p> <p>Hunsinger V et al.</p> <p>2016</p>	<p>Transversal</p>	<p>SF 36</p>	<p>Medir la calidad de vida de los pacientes después de 5 años de la reconstrucción mamaria de colgajo DIEP</p>	<p>Pacientes con reconstrucción mamaria (n = 70)</p> <p>Pacientes sin reconstrucción (n = 135)</p>	<p>Se hizo una comparación entre ambos grupos y se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todos los dominios del SF36 siendo las mujeres con reconstrucción las que obtuvieron mejores puntuaciones.</p>
<p>Patient-reported quality of life and satisfaction with cosmetic outcomes after breast conservation and mastectomy with and without reconstruction</p> <p>Jagsi R et al.</p> <p>2015</p>	<p>Estudio de cohorte longitudinal multicéntrico</p>	<p>FACT</p>	<p>Evaluar la calidad de vida a largo plazo desde diferentes enfoques de gestión percibidos por los propios pacientes</p>	<p>963 pacientes con cirugía conservadora de mama</p> <p>263 con mastectomía sin reconstrucción</p> <p>222 con mastectomía + reconstrucción mamaria</p>	<p>No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún dominio. Sin embargo, parecía haber una mejora en bienestar físico en el momento de la encuesta de seguimiento para las pacientes con reconstrucción mamaria.</p>

<p>Quality of life after immediate breast reconstruction and skin-sparing Mastectomy. A comparison with patients undergoing breast conserving surgery</p> <p>2011</p> <p>Heneghan H et al.</p>	<p>Comparativo</p>	<p>FACT-B EORTC-BR23</p>	<p>Evaluar la calidad de vida del paciente después de la reconstrucción inmediata, en comparación con un grupo emparejado sometido a la conservación de la mama.</p>	<p>415 pacientes → 255 con reconstrucción inmediata, 160 con cirugía conservadora de mama</p>	<p>EORTC-B23</p> <p>Se hizo una comparación entre ambos grupos y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ningún componente.</p> <p>FACT-B</p> <p>Ambos grupos presentaron calificaciones similares de alta calidad de vida, sin embargo no hubo diferencias estadísticamente significativas.</p>
<p>Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal</p> <p>Rincón M et al.</p> <p>2010</p>	<p>Comparativo</p>	<p>EORTC QLQ BR23</p>	<p>Comprobar si el nivel de satisfacción con el resultado estético, así como la autoestima o la imagen corporal de las pacientes difiere según el tipo de cirugía realizada (mastectomía unilateral o reconstrucción mamaria)</p>	<p>72 pacientes → 36 mujeres con mastectomía sin reconstrucción posterior 36 mujeres con cirugía reconstructiva mamaria post mastectomía</p>	<p>Al comparar ambos grupos, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en imagen corporal y en preocupación por el futuro. Siendo las mujeres con reconstrucción las que presentaron menor deterioro en la imagen corporal y menor preocupación por el futuro.</p> <p>No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en funcionamiento sexual y disfrute del sexo.</p>

<p>Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria</p> <p>Rincón M et al.</p> <p>2010</p>	<p>Comparativo</p>	<p>EORTC QLQ C-30</p> <p>Escala de Ansiedad y Depresión (HAD)</p>	<p>Conocer si la sintomatología ansiosa y depresiva, las estrategias de afrontamiento empleadas o la calidad de vida manifestada por las pacientes, difiere de unas a otras según el tipo de cirugía realizada (mastectomía unilateral o reconstrucción mamaria)</p>	<p>1º grupo →36 pacientes sometidas a mastectomía unilateral</p> <p>2º grupo → 36 mujeres con reconstrucción mamaria post mastectomía (inmediata o diferida)</p>	<p>Al comparar ambos grupos las mujeres mastectomizadas, mostraron un mejor funcionamiento físico, social, emocional y cognitivo, además de una mayor percepción de salud global con diferencias estadísticamente significativas.</p> <p>En la escala HAD se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres mastectomizadas obtuvieron mayor puntuación en ansiedad ($p<0,01$) y depresión ($p<0,01$) frente a las mujeres reconstruidas.</p>
<p>Quality-of-Life Outcomes between Mastectomy Alone and Breast Reconstruction: Comparison of Patient-Reported BREAST-Q and Other Health-Related Quality-of-Life Measures</p> <p>Eltahir Y et al.</p> <p>2013</p>	<p>Descriptivo transversal</p>	<p>BREAST-Q RAND-36</p>	<p>Evaluar la calidad de vida de las mujeres después de la reconstrucción mamaria en comparación con aquellas que se sometieron a mastectomía solamente</p>	<p>92 mujeres con mastectomía + reconstrucción mamaria</p> <p>45 mujeres con mastectomía sin reconstrucción</p>	<p>BREAST-Q</p> <p>Al comparar ambos grupos se hallaron diferencias estadísticamente significativas en satisfacción con los pechos, bienestar psicosocial, bienestar sexual, satisfacción con la cirugía</p> <p>En bienestar físico, en el área de los pechos, las mujeres con reconstrucción mamaria tuvieron una puntuación ligeramente más alta que aquellas con mastectomía. Sin embargo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.</p> <p>RAND-36</p> <p>En la comparación entre ambos grupos, sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en funcionamiento físico y en dolor. Las mujeres con reconstrucción mamaria tuvieron mejor funcionamiento físico y presentaron menos dolor.</p>

<p>Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study</p> <p>Howes B et al. 2016</p>	<p>Transversal de caso control</p>	<p>BREAST-Q</p>	<p>Evaluar la calidad de vida después de la cirugía de cáncer de mama y comparar resultados después de la cirugía conservadora de mama vs mastectomía con o sin reconstrucción</p>	<p>G1. Control → 123 mujeres sanas G2→ 93 Mujeres con cirugía conservadora de mama G3→ 93 mujeres con mastectomía total sin reconstrucción mamaria G4→ 87 mujeres con mastectomía total y reconstrucción mamaria</p>	<p>En el dominio de satisfacción con el pecho las más satisfechas fueron pacientes con reconstrucción mamaria, seguidas de aquellas con cirugía conservadora de mama y las menos satisfechas, las mujeres con mastectomía sin reconstrucción con diferencias estadísticamente significativas.</p> <p>En el dominio de bienestar psicosocial no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo.</p> <p>En bienestar físico del pecho las mujeres con cirugía conservadora de la mama tuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los otros grupos (es decir, tuvieron más dolor e incomodidad).</p> <p>El dominio de bienestar sexual el grupo 4 obtuvo puntuaciones significativamente mayores que el grupo 2 y 3. Siendo las mujeres mastectomizadas las que tuvieron puntuaciones más bajas.</p>
<p>Women's recovery experiences after breast cancer reconstruction surgery</p> <p>Spector D et al.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>BREAST-Q</p>	<p>Describir la recuperación física y emocional de las mujeres después de la reconstrucción mamaria, después de la mastectomía para el cáncer de mama.</p>	<p>21 mujeres con reconstrucción tras el cáncer de mama</p>	<p>Recuperación física y funcional: los problemas físicos más comunes tras la cirugía fueron fatiga, entumecimiento, rigidez, hinchazón y dolor.</p> <p>Pecho/cuerpo: a la mayoría de las mujeres les gustó cómo se veía y sentía su nueva mama(s) y muchas de ellas describieron la reconstrucción como una ayuda para sentirse "enteras" de nuevo.</p> <p>Ajuste emocional: la reconstrucción mamaria llevó a la mayoría de las mujeres a una recuperación emocional positiva, ya fuera inmediata o diferida.</p>

<p>Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes</p> <p>Rubino C et al.</p> <p>2007</p>	<p>Comparativo</p>	<p>QL-index (calidad de vida)</p> <p>HAM-A (escala de valoración de la ansiedad Hamilton)</p> <p>HAM-D (escala de valoración de depresión Hamilton)</p>	<p>Evaluar el resultado psicosocial y psicopatológico en pacientes que se han sometido a reconstrucción mamaria post mastectomía</p>	<p>G. I → 33 pacientes con reconstrucción mamaria</p> <p>G. II → pacientes con mastectomía esperando por reconstrucción mamaria</p> <p>G. III → 33 pacientes sanas</p>	<p>En el QL-index hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos I y II y entre los grupos II y III.</p> <p>En el HAM-A no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo I y II.</p> <p>En el HAM-D el grupo I mostró niveles más bajos de depresión, en comparación con el grupo II (p 0,0047).</p>
<p>Reconstrucción mamaria y consecuencia en la vida de las mujeres: A propósito de un caso</p> <p>Martinez M</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>-</p>	<p>Determinar, el impacto de la pérdida de la mama en imagen corporal de las mujeres tras una mastectomía</p>	<p>Mujer de 42 años, que mediante cirugía programada se le realiza en quirófano de cirugía plástica una reconstrucción de la mama derecha</p>	<p>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.</p> <p>La pérdida de la mama tras una mastectomía afecta gravemente a la imagen corporal, sintiendo una disminución de su feminidad y una baja autoestima.</p>
<p>Patient reported outcomes of breast reconstruction after mastectomy: A systematic review</p> <p>Lee C et al.</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>-</p>	<p>Comparar los resultados de mastectomía con reconstrucción con los resultados de mastectomía sin reconstrucción</p>	<p>Se incluyeron estudios que compararon los resultados de la mastectomía y la reconstrucción, con los resultados de la mastectomía sin reconstrucción</p>	<p>En los estudios que evaluaron la calidad de vida (11) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida entre las mujeres con reconstrucción y las mujeres con mastectomía solamente. Tan solo tres estudios reflejaron una mejor calidad de las mujeres con mastectomía + reconstrucción en comparación con mujeres que solo tenían mastectomía. Otros dos estudios reportaron una peor calidad de vida entre las que se habían sometido a mastectomía + reconstrucción frente a las que sólo se sometieron a mastectomía.</p>

ANEXO 9: Lectura crítica de estudios de investigación cuantitativa

Artículo: Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study.			
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Si No	¿Por qué? En el resumen viene la definición clara y adecuada del objetivo.
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Si No	¿Por qué? El objetivo es determinar la repercusión en la calidad de vida e mujeres con mastectomía con o sin reconstrucción vs la cirugía conservadora de mama.
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	Si No	¿Por qué?
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	Si No	¿Por qué? En el apartado de métodos hacen una breve descripción de los grupos y luego en una tabla reflejan las características de cada grupo.
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Si No	¿Por qué? Los pacientes reclutados fueron los atendidos en un centro médico de reconstrucción mamaria en Flinders entre el año 2009-2013. Y los del grupo control fueron elegidos por enfermeras y voluntarios de éste centro médico.
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	Si No	¿Por qué? En el estudio no se reflejan datos previos de cálculo de tamaño muestral.
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Si No	¿Por qué? Están medidos con el BREAST-Q que es un instrumento validado y además con métodos estadísticos
Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	Si No	¿Por qué?
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	Si No	¿Por qué?

Resultados	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	<u>Si</u> No	¿Por qué? Concluyen que las mujeres que se someten a mastectomía + reconstrucción tienen buena calidad de vida, y el resultado de calidad de vida es al menos tan bueno como el de cirugía conservadora de mama.
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	<u>Si</u> No	¿Por qué? La metodología me parece correcta y el estudio responde al objetivo del presente trabajo.

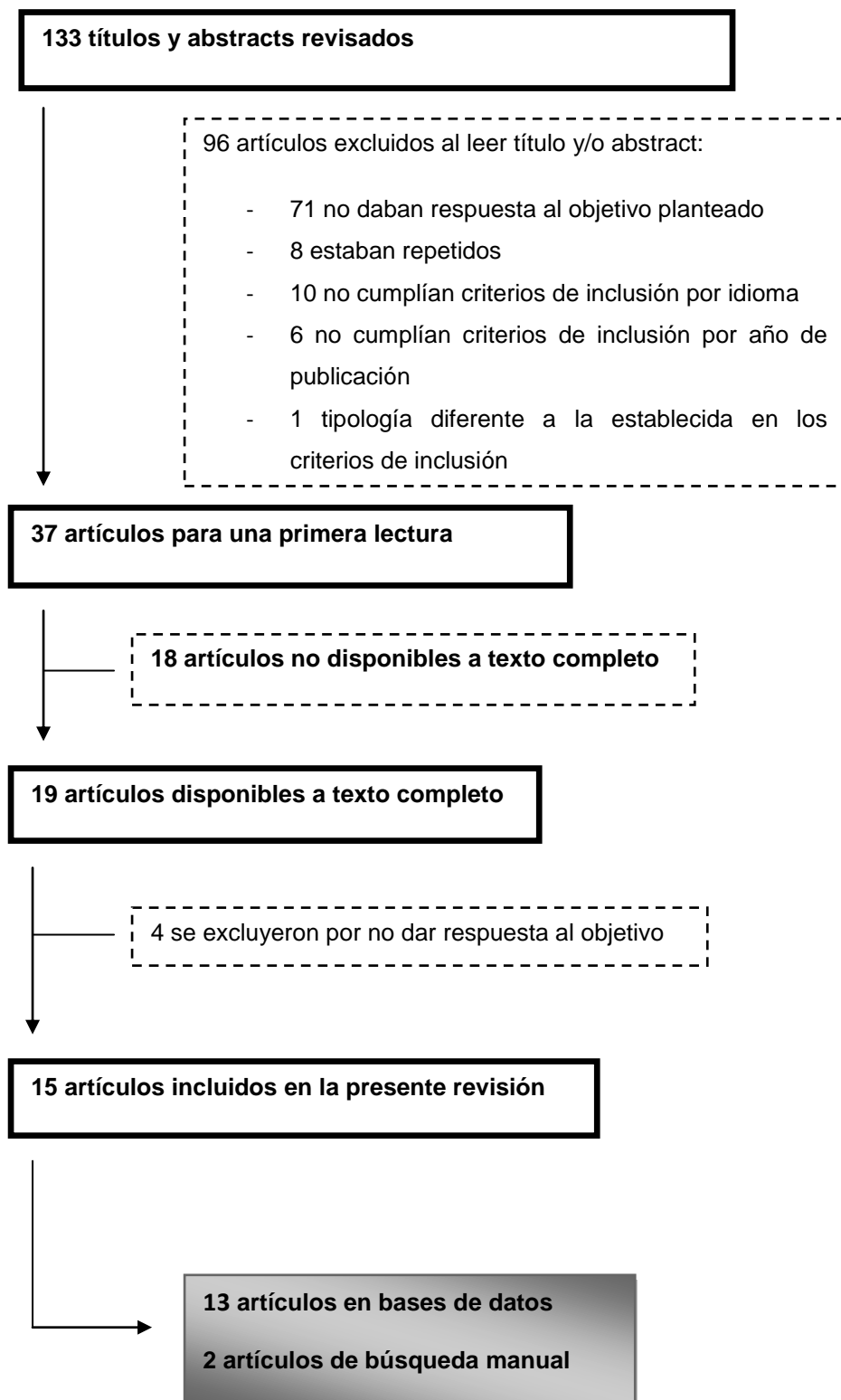
Artículos:

1. Manganiello A, Akiko L, Magnoni L, Morais C, Manganiello C. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. Eur J Oncol Nurs. 2011; 15: 167-72
2. Atisha D, Alderman A, Lowery J, Kuhn L, Davis J, Wilkins E. Prospective analysis of long-term psychosocial outcomes in breast reconstruction. Ann Surg. 2008 Junio; 247(6): 1019-28.
3. R F, Marques D, De Freitas R, Zangiacomí E. Comparison of quality of life, satisfaction with surgery and shoulder-arm morbidity in breast cancer survivors submitted to breast-conserving therapy or mastectomy followed by immediate breast reconstruction. Clinics. 2010; 65(8): 781-87.
4. Trejo JL, Maffuz A, Said F, Domínguez C, Hernández B, Villegsa F, et al. Impacto en la calidad de vida con cirugía reconstructiva posterior al tratamiento de cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex. 2013 Septiembre; 81(9): 510-18.
5. Hunsinger V, Hivelin M, Derder M, Klein D, Velten M, Lantieri M. Long-term follow-up of quality of life following DIEP flap breast reconstrution. Plast Reconstr Surg. 2016 Mayo; 137(5).
6. Jagsi R, Li Y, Morrow M, Janz N, Alderman A, Graff J, et al. Patient-reported quality of life and satisfaction with cosmetic outcomes after breast conservation and mastectomy with and without reconstruction. Ann Surg. 2015 Junio; 261(6): 1198-1206.
7. Heneghan H, Prichard R, Lyons R, Regan P, Kelly J, Malone C, et al. Quality of life after immediate breast reconstruction and skin-sparing mstectomy. A comparison with patients undergoing breast conserving surgery. EJSO. 2011 Septiembre; 37: 937-43.
8. Rincon M, Perez M, Borda M, Martín A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. Univ. Psychol. 2012 Enero-Marzo; 11(1): 25-41.
9. Rincón M, Pérez M, Borda M, Martín A. Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria. Cir. Plast. Iberolatinoam. 2010; 36(4): 359-68.
10. Eltahir Y, Werners L, Dreise M, Zeijlmans I, Jansen L, Werker P, 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. 2013 Agosto; 132(2).
11. Rubino C, Figus A, Loretta L, Sechi G. Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. JPRAS. 2007; 60: 509-18.

	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
Objetivo se hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	Si <u>No</u>	Si <u>No</u>	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No				
	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No				
Diseño	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No				

	¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?																
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No					
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No					
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> No	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> <u>No</u>	<u>Si</u> <u>No</u>				
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> <u>No</u>					
Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No					
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No				
Resultados,	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No					
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No	<u>Si</u> No					

ANEXO 10: DIAGRAMA DE FLUJO DE SELECCIÓN DE LA LITERATURA



ANEXO 11: ÁRBOL CATEGORIAL

