



Curso académico 2014/ 2015

Fecha de defensa (23/06/2015)

**ASPECTOS PSICOSOCIALES EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA
MASTECTOMIZADAS: EL ROL DE LA ENFERMERA EN SU CUIDADO**

ANDREA ARRESE LABORDE

M^o ISABEL TRESPADERNE BERACIERTO



RESUMEN

El diagnóstico de cáncer de mama supone para las mujeres una situación difícil de afrontar, no sólo por los cambios físicos, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentarse a la enfermedad y sus tratamientos, la paciente sufre pérdidas importantes en varios aspectos, como son las alteraciones en su imagen corporal y trastornos emocionales. Esto le lleva a adoptar nuevas actitudes y adaptarse a la actual realidad. La familia y el entorno social de la mujer son una fuente de apoyo para la lucha contra la enfermedad y están presentes en los momentos difíciles, dando soporte a su ser querido. Sin embargo, estas relaciones sociales pueden verse deterioradas, y en el caso de las parejas, pudiendo derivar en ruptura o final de las relaciones íntimas. La enfermera tiene un papel fundamental en los cuidados de estas pacientes dirigido a adaptarse a esta nueva situación, proporcionando una asistencia que fomente la aceptación e impulse a reorganizar sus relaciones y cuyo objetivo final es capacitarlas para el autocuidado.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS.....	7
3. METODOLOGÍA	8
3.1 Criterios de selección	9
4. DESARROLLO TEÓRICO	10
5. RESULTADOS.....	14
5.1 Describir el modo en que las mujeres afrontan la noticia de padecer un cáncer de mama	15
5.2 Estudiar el efecto en la autopercepción, autoestima y las relaciones sociales	17
5.3 Identificar el rol de enfermera en el cuidado de las mujeres con cáncer de mama.....	20
6. DISCUSIÓN	26
7. CONCLUSIONES	32
8. REFLEXIÓN PERSONAL	34
9. BIBLIOGRAFÍA	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Palabras clave para la búsqueda	8
Tabla 2: Palabras clave para la búsqueda específica	9
Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión	9
Tabla 4: Resultado de la búsqueda bibliográfica y clasificación de artículos ..	13

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, suponiendo un problema de salud destacado. Se diagnostican alrededor de 1.300.000 nuevos casos, tanto en países desarrollados como en los que están en vía de desarrollo. (1) Este tipo de cáncer supone el 18% de la totalidad de los cánceres femeninos. (2)

En España 26.000 mujeres son diagnosticadas cada año de esta patología, lo que supone cerca de un 30% de todos los tumores que afectan al sexo femenino. La mayoría de los casos se detectan entre los 35 y 80 años, con un máximo entre los 45 y 65. Se calcula que el riesgo de padecer esta enfermedad a lo largo de la vida es de 1 de cada 8 mujeres. (1)

La tasa de incidencia del cáncer de mama ha ido en aumento en las últimas décadas, debido posiblemente al envejecimiento de la población y a un diagnóstico más prematuro, teniendo como resultado unas tasas de incidencia que se elevan alrededor del 1-2%. (1)

Por fortuna, la tasa de supervivencia ha mejorado notablemente en las últimas décadas, llegando a alcanzar un incremento del 1.4% al año. Los avances en el diagnóstico precoz unidos a la mejora de los tratamientos han permitido que en la actualidad, alrededor del 83% de las mujeres con este tumor sobrevivan a los 5 años. (1)

Una elevada proporción de los cánceres llevan consigo una alteración física significativa, pero este aspecto destaca aún más si cabe cuando hablamos de la imagen corporal y el cáncer de mama. Se deduce que la razón por la que adquiere mayor relevancia es, por un lado, el incremento epidemiológico y su cada vez mayor carácter crónico y, por otro lado, las implicaciones psicosociales que suponen para la mujer (3), entendiendo psicosocial en este contexto como calidad de vida de la mujer, la ausencia de molestia física o psíquica y el correcto funcionamiento social. (4)

El pecho para muchas mujeres es el signo de la feminidad, y la pérdida del mismo supone la pérdida de identidad de la mujer. Esta es una parte del cuerpo fuertemente relacionada con la sexualidad y el atractivo en la cultura occidental, además de considerarse una fuente de placer. Asimismo, la imagen corporal de la mujer en la cultura occidental se haya muy ligada a su valoración social y es un factor importante de personalidad. (3)

La enfermería tiene un papel significativo en el manejo y cuidado de estas mujeres, facilitándoles la recuperación de su identidad femenina y procurando la adaptación a su nueva situación y al autocuidado, siendo para ello necesario el conocimiento del impacto psicosocial y poseer la capacidad de empatizar con la paciente. (5)

Debido a haber cursado un ciclo de las prácticas del Grado de Enfermería en el Hospital de Día de Oncología del Hospital Universitario Donostia y habiendo previamente cursado diferentes asignaturas que me han aportado diferentes ópticas como Ciencias Psicosociales y El paciente oncológico en la Escuela, y teniendo mujeres cercanas a mi entorno que están sufriendo esta enfermedad, decidí realizar este trabajo.

Este trabajo se concreta en los efectos que la mastectomía provoca en mujeres que padecen cáncer de mama desde una perspectiva psicosocial y la relevancia del rol de la enfermera en los cuidados que proporciona a través de una revisión narrativa.

2. OBJETIVOS

1. Describir el modo en que la mujer afronta la noticia de padecer un cáncer de mama y se adapta a su nueva situación.
2. Describir el efecto de la mastectomía en la autopercepción, autoestima y las relaciones sociales.
3. Describir el rol de enfermería en el cuidado de las mujeres que padecen cáncer de mama y han sufrido una mastectomía.

3. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica siguiendo la estrategia descrita a continuación:

Siguiendo la estructura PIO se formula la siguiente pregunta: ¿Cuál es el impacto psicosocial que causa la mastectomía consecuencia del cáncer de mama en la mujer?

- **P:** pacientes oncológicas con cáncer de mama.
- **I:** cuidado integral de enfermería ofreciendo intervenciones que cubran las necesidades y atendiendo todos los aspectos psicosociales que las mujeres presentan.
- **O:** alteración en la autopercepción, baja autoestima, afrontamiento ineficaz, alteración de las relaciones sociales.

A cada apartado de la estructura PIO le corresponden determinados “Descriptores en Ciencias de la Salud” (DeCS) en castellano y “Medical Subject Headings” (MeSH) en inglés:

Estructura PIO	DeCS (castellano)	MeSH (inglés)
P	Neoplasias de la mama Mastectomía	Breast Neoplasms Mastectomy
I	Imagen corporal Autoimagen Emociones Feminidad Sexualidad	Body Image Self Concept Emotions Femininity Sexuality
O	Impacto psicosocial	Psychosocial impact

Tabla 1: Palabras clave para la búsqueda. Elaboración propia.

Además de utilizar los términos DeCS y MeSH correspondientes a cada apartado de la estructura PIO, se utilizan los siguientes términos DeCS y MeSH con el objetivo de relacionar el tema con el rol de enfermería:

DeCS (castellano)	MeSH (inglés)
Atención de enfermería	Nursing Care
Enfermería oncológica	Oncological Nursing

Tabla 2: Palabras clave para la búsqueda específica. Elaboración propia.

Se han seleccionado artículos de las siguientes fuentes:

- Bases de datos: Dialnet, Pubmed, Scielo y Cochrane.
- Revista científica: Elsevier, Javeriana de Bogotá, UCM, Clínica las Condes y Cuidarte.
- Página web: Asociación Española contra el Cáncer (AECC), Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y National Health Service (NHS).

3.1 Criterios de selección

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> -Artículos publicados en el periodo de tiempo comprendido entre el año 2000 y 2015. -Artículos en español, inglés y portugués. -Artículos cuyo tema central fuera el impacto psicológico del cáncer de mama o la mastectomía en las mujeres. -Artículos que estudiaran el rol de la enfermera en el cuidado de las mujeres con cáncer de mama. 	<ul style="list-style-type: none"> -Artículos que no tenían acceso libre al texto completo. -Artículos que estaban en otro idioma que no fuese el español, inglés y portugués. -Artículos publicados con anterioridad al año 2000.

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia.

4. DESARROLLO TEÓRICO

En la cultura occidental, el pecho de la mujer está muy asociado a la sexualidad y el atractivo físico. El cáncer de mama modifica la imagen corporal y el funcionamiento sexual de la mujer. Estos cambios traen consigo una fuente de estrés que repercute de manera directa en el estado emocional, la calidad de vida y el funcionamiento personal y social de las mujeres. El cáncer de mama destaca como el cáncer que mayor efecto provoca en la alteración de la imagen corporal de las pacientes. Sin embargo, la mayor importancia no se representa en el cambio objetivo en el cuerpo de la mujer, sino por el significativo que ésta le atribuye. La imagen corporal tiene carácter subjetivo ya que corresponde a la percepción que la persona tiene de su propio cuerpo en su totalidad o en partes individualizadas relacionadas entre sí, además de que envuelve ideas y conductas respecto al mismo. (6) (7) (8)

La mujer que es diagnosticada de cáncer de mama se preocupa por la enfermedad, siente miedo por la intervención quirúrgica y está inquieta por enfrentarse a una vida que será diferente para ella. Es por ello por lo que se estima de gran importancia valorar el estado de la imagen corporal, el funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en estas mujeres, así como la relación que existe entre las mismas. (6) (7)

El contexto sociocultural es un factor de gran relevancia que constituye un elemento clave en la autoimagen de las personas. Las preferencias estéticas están muy influenciadas por la cultura y tienen el poder de promover diferentes opiniones de las personas acerca de sus características físicas. (6)

La sexualidad es un dominio básico de la experiencia humana que puede ser deteriorado durante y posterior al tratamiento quirúrgico. Este riesgo aumenta en pacientes premenopausicas con cáncer de mama, a causa de: mayor fragilidad con respecto a su imagen corporal, autopercepción y sexualidad, la comorbilidad relacionada con la menopausia y la infertilidad consecuencia de los tratamientos. (9)

El cáncer es una patología que requiere numerosos recursos y demanda una eficacia y eficiencia impecable. Continuando en este sentido, los aspectos psicológicos y sociales están cobrando gran relevancia en el manejo global y multidisciplinario de la enfermedad oncológica. En los últimos años el conocimiento sobre la influencia de los factores psicosociales en el paciente oncológico ha contribuido a concienciar acerca de la relevancia en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y a

incorporar intervenciones psicosociales como parte integrada en el tratamiento oncológico. (4)

El afrontamiento es una de las diversas propuestas para comprender mejor el proceso de adaptación, entendiéndose adaptación como “proceso continuado en el que la paciente trata de manejar el sufrimiento emocional y tener el control de acontecimientos de la vida en conexión con la enfermedad.” (4) Esta adaptación posibilita a la mujer seguir con sus tareas vinculadas a su vida con cáncer. Las mujeres con cáncer de mama tienen que hacer frente a situaciones complejas, variables y muy frecuentemente estresantes. Desde las diferentes pruebas exploratorias a las que son sometidas, al diagnóstico y la elección de tratamiento e intervención quirúrgica, la terapia complementaria como la quimioterapia y/o radioterapia, hasta la posibilidad de recidiva o metástasis.

El afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales en el intento de manejar las situaciones consideradas estresantes o que ponen a prueba los recursos de una persona”. (10)

La patología oncológica no afecta exclusivamente a la propia paciente, también concierne, en mayor o menor medida, a su familia y entorno más cercano. La paciente se convierte en el foco de atención y el funcionamiento del entorno pasa a girar alrededor de la enfermedad de la misma. Experimentan sentimientos de preocupación, sobre todo aquellos que tienen mayores vínculos afectivos. Los cambios en las relaciones se perciben en mayor medida sobre los miembros de la familia, cónyuge y amigos. (11) (12) (13)

Una familia es considerada sana cuando las personas que la forman se entienden, interactúan con libertad, comparten experiencias y emociones, se respetan y son libres para expresar sus emociones y pensamientos y compartir sus ideas. La familia es capaz de proporcionar un sustento, bienestar y unidad ante las diferentes situaciones de la vida. (13)

La familia es una base de apoyo para la lucha contra la enfermedad y sus efectos ya que esta forma parte del entorno en el que se desarrolla el individuo. Los miembros interactúan e intercambian información, se apoyan mutuamente y son un sustento para la mujer con cáncer de mama. (13) (14) (15)

Una de las mayores preocupaciones para la familia es mantener la comodidad de la mujer y equilibrar las demandas de cuidado con sus responsabilidades. La familia se ve afectada por la enfermedad, se dan cambios emocionales en todos los miembros, los roles y el estilo de vida se modifican, la dinámica familiar cambia y es necesario adaptarse a las nuevas circunstancias. (15) (16)

Los miembros de la familia, por lo general, muestran su total disponibilidad hacia la mujer. Sin embargo, requieren satisfacer también sus propias necesidades. Deben permitir a la mujer asumir su propia responsabilidad, no reemplazar lo que pueda hacer por sí misma favoreciendo su potencial y manteniéndose como una persona activa, colaborando en su proceso de cuidados. (13)

Las mujeres que han sufrido una extirpación de la mama pueden ver afectada su autoestima, disminuyendo con ello el grado de satisfacción con su cuerpo. La relación de pareja puede también verse influida a causa de este malestar emocional. (12) (16)

La amistad es otro aspecto del entorno social de la mujer con cáncer de mama intervenida que puede verse afectado. En ocasiones, el padecer esta enfermedad es una ayuda para reflexionar acerca de la veracidad de las amistades que posee, ya que probablemente sea la situación en que la mujer necesite mayor apoyo, y es consciente de quien continúa a su lado, y quién, por el contrario, ha decidido dar un paso atrás, por motivos diversos. (12) Bien es cierto que se da un cambio en su estilo de vida, lo que puede llevar a la paciente a sentirse aislada de su entorno social. En este caso es conveniente adecuarse a su situación, de manera que se sienta mejor consigo misma y no se sienta excluida. (17)

Las mujeres también pueden experimentar modificaciones en el ámbito laboral. La reincorporación al trabajo puede verse alterada, reseñando el incremento de las tasas de desempleo entre las pacientes que han sufrido cáncer. (16)

La presencia de enfermeras especialistas en la atención de mujeres con cáncer de mama se establece de manera internacional, predominando en los países con una asistencia sanitaria bien equipada. La función de las enfermeras especialistas en atención de la mama es cada vez más amplia debido a la heterogeneidad de la población y las mejoras en la supervivencia a esta enfermedad. Las intervenciones de estas enfermeras se dirigen a apoyar a las mujeres y ofrecerles ayuda para enfrentarse a la repercusión que esta patología conlleva en su calidad de vida. Entre 1978 y 1983 se identificaron por primera vez las necesidades emocionales que las

mujeres diagnosticadas con cáncer de mama tenían, así como la necesidad de recibir tanto atención psicológica como física para su recuperación. Fue entonces cuando comenzaron a sentarse las bases para el desarrollo de la función de las enfermeras especialistas en el cáncer de mama en el Reino Unido. Esta función fue expandiéndose a otros países como América del norte, Australia y Escandinavia, donde las enfermeras especialistas en atención a la mama llevan desarrollando su trabajo los últimos 20 años. (18)

5. RESULTADOS

Resultado de la búsqueda en base de datos

Tras consultar las bases de datos, las páginas web y los libros, los resultados de la búsqueda han sido los siguientes, agrupados en función de los objetivos formulados:

FUENTES	NºARTÍCULOS	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
Bases de datos				
• Dialnet	2			
• Pubmed	2			
• Scielo	10			
• Cochrane	1			
Revista científica				
• Elsevier	1			
• Javeriana de Bogotá	1			
• UCM	3			
• Clínica las Condes	2			
• Cuidarte	1			
Página web				
• SEOM	1			
• NHS	1			

Tabla 4: Resultado de búsqueda y clasificación de artículos. Elaboración propia.

Tras revisar los títulos y resúmenes, se excluyen aquellos que no cumplen con los criterios de inclusión y se descargan los textos completos que se consideran de utilidad en el trabajo, 25 artículos en total.

Resultados en relación a objetivos

5.1 Describir el modo en que las mujeres afrontan la noticia de padecer un cáncer de mama

El cáncer de mama en concreto es una enfermedad especialmente apta para el estudio del afrontamiento, ya sea por la cantidad de mujeres afectadas como por la tendencia de la patología, gracias a los avances biomédicos, a convertirse en una enfermedad crónica de extensa evolución. (10)

García-Viniegras CRV y González M afirman en su artículo que existen categorías predisponentes a realizar un afrontamiento eficaz ante una enfermedad. Se expresa por la capacidad de una persona para afrontar las demandas del medio, percibir los desafíos y orientarlos positivamente hacia la vida. Además de los recursos físicos de salud y energía, los recursos psicológicos son imprescindibles. (19) La capacidad para controlar los eventos de la vida y la proyección de futuro hace a la persona competente para desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento. El afrontamiento en el que la persona hace partícipe de su enfermedad a los que le rodean tiene como objetivo buscar apoyo, comunicarse, expresarse abiertamente y poder pedir ayuda. Font A y Cardoso A llegaron a la conclusión de que las estrategias más comunes son aquellas que implican buscar nuevas experiencias agradables que compartir con los demás, disfrutar de los aspectos positivos e incluso ironizar sobre la situación para descargar la tensión. (10)

En los estudios recogidos en el artículo citado se confirma que el afrontamiento influye en el resultado de la situación y en la valoración de ella que la propia mujer realiza. Si el resultado es positivo, éste conducirá a una valoración beneficiosa, de emociones positivas y el fin del proceso de afrontamiento para esta situación. Por el contrario, el afrontamiento continuará en caso de que el resultado no sea satisfactorio. En los resultados obtenidos, el éxito en la adaptación se da en las pacientes que son capaces de minimizar las alteraciones en su funcionamiento diario, regulando el malestar emocional y continuando con los aspectos de su vida que tienen especial relevancia y significado para ellas. (4) Se indica que la autoconfianza y autoestima, la estabilidad emocional y la fortaleza pueden condicionar el nivel de bienestar. Por tanto, los autores concluyen que una mujer que posea altos niveles de estas cualidades será más propensa al bienestar y, por ende, realizará un afrontamiento eficaz.

Resulta de gran relevancia la evaluación que la mujer hace sobre su patología. Una evaluación inicial como riesgo y una evaluación posterior de confianza en la propia efectividad de la mujer para afrontar la enfermedad suele tener como resultado un nivel de bienestar apto. (19)

Combinando el nivel y tipo de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama, la morfología y la intervención quirúrgica a la que han sido sometidas (si es que la hay), Font A y Cardoso A destacan 4 tipos básicos de afrontamiento en su artículo:

- Enfoque cognitivo al problema: se llevan a cabo estrategias como prestar atención a un aspecto de la situación en cada momento, un análisis lógico, la búsqueda de significado o la reevaluación positiva.
- Enfoque conductual al problema: estrategias tales como la búsqueda de información y apoyo y la toma de medidas para situaciones concretas.
- La evitación cognitiva: estrategias asociadas a la negación y/o aceptación resignada.
- La evitación conductual: no buscar solución al problema, buscar recompensas alternativas a la situación.

En uno de los artículos consultados se defiende que la paciente que lleva a cabo un afrontamiento centrado en sí misma tiende a utilizar estrategias de decisión y desarrollo individual: obtener información sobre la enfermedad y la posible evolución de la misma, el estilo de vida propio que puede influir en el pronóstico y los síntomas relacionados con la enfermedad. Se resalta que la negación no siempre tiene efecto negativo, puede proteger a la persona de sentirse emocionalmente agobiada y dar tiempo para desarrollar otros recursos de afrontamiento. Solucionar los problemas una misma implica tener conocimiento de la enfermedad y control de los síntomas, así como distraerse implica intentos de enfocarse en actividades agradables y buscar fuentes de satisfacción. (10)

Otro de los aspectos estudiados son los sentimientos o trastornos que más se manifiestan en las mujeres con cáncer de mama. En su mayoría son: la ansiedad, el insomnio, la vergüenza, sentimiento de inutilidad y autovaloración deficiente. Las mujeres que padecen esta enfermedad muestran también altos niveles de depresión. Esta alteración está muy relacionada con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social que la mujer enferma posee. Sin embargo, según demuestran varios estudios

recogidos en el artículo citado, tras una primera fase de adaptación, estas mujeres son capaces de controlar sus reacciones emocionales. (19)

En el caso de las mujeres con cáncer de mama, una de las mayores preocupaciones es la transmisión hereditaria de esta enfermedad. A esto le acompaña el miedo a la muerte, los cambios en las relaciones sociales y la incertidumbre, que hacen que se modifique el estado de bienestar de la paciente. (19)

Todo ello requiere la movilización de las diferentes estrategias de afrontamiento de la mujer con cáncer de mama, con el fin de hacer frente a la modificación en la apariencia física y a los efectos psicológicos que hayan podido causar los recursos terapéuticos aplicados. (19)

5.2 Estudiar el efecto en la autopercepción, autoestima y las relaciones sociales

De los 5 artículos consultados, en 2 de ellos la alteración en la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama tiene relación con la mastectomía y se refiere a la modificación de la totalidad y la sensación de asimetría, incluso a la sensación de deformidad del propio cuerpo. Los cambios que acompañan a ésta alteración provocan que la mujer se haga preguntas críticas hacia su persona y que las actividades cotidianas se vean afectadas. Los cambios en la apariencia física se convierten en una fuente de estrés que afecta de manera directa a la calidad de vida, el estado emocional y el funcionamiento personal, familiar, social y laboral. (6) (7) Debido a que la mama es un símbolo de feminidad y atractivo sexual, la mastectomía genera un impacto en los sentimientos de deseo sexual, especialmente en mujeres premenopausicas, ya que tratamientos como la quimioterapia provocan una menopausia prematura. Algunos de los cambios en la actividad sexual son la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales y reducción del deseo sexual. (7)

La autoestima es otro aspecto de la autopercepción y hace referencia a la actitud positiva o negativa hacia uno mismo, basada en la valoración de sus propias características, e incluyendo sentimiento de satisfacción consigo mismo. (3) La autoestima es por tanto “la evaluación que el individuo hace y mantiene de manera persistente sobre sí mismo, expresándose en una actitud de aprobación o reprobación

e indicando hasta donde la persona se siente capaz, significativa, exitosa y valiosa".
(7)

En mujeres con cáncer de mama se ha identificado que una autoestima alta se relaciona con mujeres con mejor percepción de su calidad de vida, así como de su imagen corporal. (7) Rincón ME, Pérez MA, Borda M y Martín A recogen en su artículo que existen varios factores que intervienen entre el impacto que el cáncer de mama y sus tratamientos causan, y el nivel de autoestima de las pacientes. Estos se basan en: la edad de la mujer, el estadio de evolución de la enfermedad así como en el tratamiento oncológico que le es administrado. Sin embargo, ni el nivel educativo, ni el estado civil, como tampoco el tipo de cirugía mamaria se relaciona con la autoestima, exceptuando una relación positiva entre una percepción general de la calidad de vida y la autoestima. (8) En uno de los artículos se refleja que una autoestima baja se relaciona con pensamientos negativos y síntomas depresivos, mientras que un nivel adecuado de autoestima trae consigo menos estrés y una mejor salud mental. En mujeres con cáncer de mama, un nivel alto de autoestima se relaciona con una percepción de la calidad de vida mejor, al igual que la imagen corporal mejor valorada y la autoestima se relacionan con un menor deterioro de la calidad de vida. (7)

En uno de los artículos se señala que la reconstrucción mamaria representa un procedimiento quirúrgico para revertir la deformidad causada por la mastectomía, teniendo como principal objetivo la rehabilitación de la imagen corporal y el bienestar de la paciente. Supone un mayor nivel de autoestima para estas mujeres, más aún si esta intervención es realizada de manera inmediata a la mastectomía. Esto podría deberse a que reduce los efectos psicológicos negativos causados por la extirpación de la mama y el impacto en la imagen corporal. También se ha comprobado en diversos estudios recogidos en el artículo citado que en pacientes mastectomizadas, a medida que pasa el tiempo desde que se les comunicó el diagnóstico, así como desde que se les realiza la intervención de extirpación, las mujeres tienen una percepción de su imagen cada vez mejor valorada y mayor disfrute sexual, unido a una reducción de los síntomas secundarios a los tratamientos. De esta manera los autores concluyen que a mayor tiempo transcurrido desde un diagnóstico, mejor percepción de calidad de vida tienen, y por tanto, mayor nivel de autoestima. (8)

Por otro lado, Pinto AC se basa en estudios recogidos en su artículo para afirmar que está demostrado que la mujer con una mejor autoimagen previa al diagnóstico del cáncer de mama tiene mayor satisfacción sexual que aquellas que su percepción corporal pre diagnóstico es peor, al igual que las mujeres que poseían trastornos como la ansiedad o la depresión antes de ser diagnosticadas de la enfermedad. (9) Es común en los dos artículos que abordan este tema que los profesionales a menudo se sientan reacios a plantear esta cuestión, debido a la formación inadecuada o a la falta de tiempo. Esto hace que la paciente quede desinformada, con necesidades insatisfechas o con ideas erróneas sobre la disfunción sexual. (9) (20)

En cuanto a las relaciones sociales, el sufrimiento de cáncer por parte de algún miembro de la familia supone una fuente de estrés importante que llevan consigo alteraciones emocionales y funcionales. En los artículos consultados se afirma que la familia experimenta síntomas de depresión, ansiedad, cambios en las actividades y deterioro de la salud física. Los familiares pueden estar tan afectados emocionalmente como la propia paciente, pero es importante desatacar la unión que forman todos los miembros. Los lazos familiares se fortalecen y alivian el sufrimiento que tanto la mujer enferma como ellos mismos atraviesan. Esto proporciona a la paciente mayor seguridad y estabilidad emocional. La expresión de los sentimientos dentro de la familia de la paciente con cáncer es fundamental para mantener una comunicación fluida, dinámica, eficaz, y mejorar la calidad de vida de todos los miembros. (11) (12) (13)

Los amigos son una base de entretenimiento y apoyo que facilita que la paciente adquiera una nueva concepción sobre la amistad. Salci MA y Silva S llegan a la conclusión de que en ocasiones estos se alejan de la persona enferma ya que dan por hecho que deben ofrecer ayuda y no se sienten capacitados para asumir ese compromiso. Sin embargo, cuando estos se muestran dispuestos a ayudar, la paciente reconoce el esfuerzo que les supone y se muestra muy agradecida por esta conducta. (12)

En cuanto a la pareja, puede ocurrir que la enfermedad provoque la consolidación de su unión, o por el contrario el distanciamiento. Esta separación no solo estaría causada por las alteraciones en la relación sexual, sino por el estado anímico en el que la mujer se encuentra, en el que necesita apoyo constante, atención y seguridad. (12)

5.3 Identificar el rol de enfermera en el cuidado de las mujeres con cáncer de mama

La mayor parte de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que sufren una mastectomía viven un proceso adaptativo designado como “duelo oncológico”. Consiste en un conjunto de etapas que la paciente atraviesa los meses siguientes al diagnóstico. Se trata de un proceso continuo que permite a la paciente dar significado a lo ocurrido, manejar el sufrimiento emocional y configurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, emocionales y sociales a las que se va a enfrentar. (21) (22) Las etapas de este duelo son: negación, rabia, pena negociación y aceptación. Este proceso adaptativo dura alrededor de seis meses. Rojas May-G destaca que el objetivo por parte de enfermería es que tanto la paciente como su familia conozcan la información correctamente y valorar a la paciente para prevenir posibles alteraciones emocionales posteriores. (21) La enfermera identifica los síntomas del duelo y trabaja junto a la paciente para superarlo. Establece un acercamiento físico con la paciente y valora en qué punto del duelo se encuentra la paciente. Demuestra preocupación y anima a la paciente a exteriorizar sus sentimientos tras la mastectomía, tratando de normalizar el proceso de duelo. La enfermera informa a la paciente sobre la disponibilidad de atención médica o psiquiátrica según lo requiera, fomenta las redes de apoyo social y promueve el mantenimiento dentro de lo posible de las actividades diarias de la mujer. (21)

En el proceso de adaptación a la enfermedad se pueden detectar alteraciones en los patrones de: autoimagen/ autoconcepto, y afrontamiento/ tolerancia al estrés. En uno de los artículos se afirma que las intervenciones enfermeras para prevenir este tipo de trastornos comienzan desde el primer contacto con la paciente y continúan a lo largo de todo el proceso. (22)

- Las primeras intervenciones van orientadas a identificar áreas de desconocimiento, con el objetivo de preparar a la paciente para los futuros cambios, en los casos que sean previsibles. (22)
- En ocasiones la enfermera considera necesario transformar las prioridades cuando la imagen corporal se ve amenazada, provocando que las cualidades físicas adquieran menos significado. La enfermera trata el aspecto físico de las emociones, reforzando aspectos positivos y respetando su cultura y creencias religiosas. Induce a que la paciente exprese sus sentimientos. (22)

- La enfermera establece junto a la paciente objetivos realistas y adecuados, convirtiendo los objetivos complejos en pequeños y sencillos. De esta manera la paciente conoce sus limitaciones, puede identificar estrategias positivas y adecuarlas a su estilo de vida. Potenciar la capacidad de vivir sin miedo e impulsar la autonomía de la paciente es otra de las tareas a realizar por parte de enfermería. (22)
- La enfermera implica a la familia, facilita el contacto de la paciente con personas que también hayan sufrido cambios corporales similares, ayuda a buscar medios que disminuyen el impacto físico causado por la enfermedad (sujetadores con prótesis, peluca) y enseña a la paciente técnicas para su autocuidado. (22)

Según los datos recogidos en 3 de los 4 artículos, proporcionar información sobre una situación estresante ayuda a enfrentarse mejor a este acontecimiento y mejora el estado emocional ya que se incrementa la sensación de control. Las mujeres necesitan conocimientos que les ayuden en la toma de decisiones y a disminuir la incertidumbre. (23) (24) (25)

- El profesional de enfermería debe facilitar información clara y objetiva. Debe ser secuencial, es decir, ha de tener en cuenta las diferentes fases del proceso asistencial. (17)
- Debe ofrecerla tanto verbalmente como de manera escrita, en el idioma que la paciente conozca, debe tratar cada caso de manera individual, ofreciendo datos acerca de la patología, los procedimientos diagnósticos que van a ser utilizados, las posibles opciones de tratamiento y su efectividad. La enfermera debe tener presente que en la mayoría de los casos las mujeres no son capaces de retener la información, sobre todo si se trata el tema inmediatamente después de recibir el diagnóstico. Es conveniente asegurarse que la información que ofrece es precisa y comprensible, debe dar tiempo a la paciente para que reflexione sobre toda la información recibida antes de tomar cualquier tipo de decisión. (17)
- Un registro escrito o grabado con el contenido de la consulta permite a la paciente tener en cuenta la información durante los días posteriores, por lo que puede resultar útil. (17)

- La enfermera debe informar a la mujer acerca de las diferentes plataformas de ayuda psicosocial. Los servicios sociales y las terapias ocupacionales favorecen el mantenimiento de la independencia y autonomía de las mujeres con esta enfermedad. (17)

Esta información ayudara a la paciente a construir una representación más exacta de su enfermedad y le será útil en su adaptación. (17) (24)

La asistencia continuada, eficaz y que proporcione bienestar a la mujer sometida a una mastectomía necesita de diversos niveles de intervención, aproximando la gestión y la dotación de servicios, y favoreciendo la asistencia tanto hospitalaria como domiciliaria. (26) La atención de enfermería es un proceso continuo y personalizado, que parte desde el momento en que la mujer, actualmente activa e independiente se enfrenta al diagnóstico de cáncer. La paciente se ve afectada en diversos ámbitos: físico, psicológico, social, sexual y laboral, entre otros. El quehacer por parte de enfermería está dirigido a ayudar a la mujer a reconocer sus emociones, miedos y sentimientos, y hacerle entrega de ciertas herramientas que le servirán de ayuda para canalizar dichas emociones de la mejor manera posible. (27)

En consonancia con los artículos consultados, la ansiedad, así como la depresión, son reacciones muy comunes en las mujeres mastectomizadas en las que la evaluación de la enfermera es de gran importancia, ya que en ocasiones estas alteraciones no se manifiestan de manera evidente y las mujeres no reciben la atención requerida. (17) (23) La profesional puede realizar preguntas de manera sistemática sobre cómo se siente, y es probable que no reciba respuestas acerca de los temores que la mujer tiene hasta que no se establezca una relación de confianza. La enfermera debe respetar su intimidad y dignidad. Estas conversaciones deben tener lugar en una zona privada y la información ofrecida debe ser accesible únicamente para el personal que presta los cuidados. Parece resultar también importante potenciar la comunicación entre la mujer enferma y su familia. Esto puede ser difícil, sin embargo, puede existir un profesional que actúe como mediador en la comunicación. (23)

Al realizar la evaluación, la enfermera debe valorar si están presentes características que indicarían la presencia de ansiedad o depresión. De ser así, la enfermera deberá informar al resto del equipo profesional para que la mujer reciba la asistencia correspondiente. Advertir acerca de una situación estresante ayuda a la paciente a sobrellevar el proceso que está atravesando y a incrementar la sensación de control.

La enfermera ejerce esta tarea, satisfaciendo las necesidades de conocimiento que tiene la mujer mastectomizada. (23) (24)

La familia debe estar implicada en el proceso de enfermedad de la mujer y la enfermera tiene que hacerles partícipes. Esto inducirá a un nivel de autoestima más alto en la paciente, se sentirá más respaldada afectivamente y favorecerá la expresión de sus sentimientos y emociones. (23) Debe conocer la estructura familiar y reconocer al cuidador principal, así como el marco cultural de la familia. (25) Los estudios recogidos en el artículo citado afirman que la familia debe participar en el tratamiento y recibir el apoyo preciso, no solo para cuidar a la mujer, sino para entender y enfrentarse a la situación de enfermedad que atraviesa su ser querido. (23)

Es común que la paciente se sienta sola y aislada, ya que su vida social ha cambiado radicalmente. La enfermera debe darle a conocer diversas asociaciones que se encuentran disponibles. (17)

En cuanto a la sexualidad, es un tema complicado de hablar para muchas pacientes. El rol de la enfermera es reconocer las inquietudes de la mujer, partiendo de una relación y una comunicación de confianza, y tratar de resolverlas con sutileza. La enfermera debe ofertar información culturalmente apropiada sobre la salud sexual. La evaluación clínica y las intervenciones adaptadas para reducir los síntomas de la menopausia y mejorar la función sexual podrían ser consideradas. La enfermera debe estar preparada para resolver cuestiones como los cambios físicos tras la cirugía y los efectos de la menopausia inducida por la quimioterapia. Intervenciones psicoeducativas para la disfunción sexual incluyen capacitación en habilidades para resolución de problemas, habilidades de comunicación, el asesoramiento y terapias sexuales específicas entregadas a las pacientes individualmente, las pacientes y sus parejas, y grupos de pacientes. Las intervenciones que se ha demostrado tienen mayor efecto están centradas en la pareja, e incluyen en el tratamiento educar a ambos miembros de la pareja sobre el diagnóstico y los tratamientos de la mujer, promover procesos de adaptación mutua y de apoyo entre la parejas y técnicas específicas de terapia sexual para abordar las preocupaciones de imágenes sexuales y corporales. (25)

La enfermera desempeña una función fundamental en el pre y post operatorio de mujeres sometidas a una mastectomía. Las pacientes requieren orientación e información, con el fin de que tengan una comprensión clara sobre el tratamiento y sus consecuencias. La entrevista pre quirúrgica de la enfermera con la paciente es de gran relevancia ya que permite valorar el estado de la mujer tanto físico como emocional. (27)

Para conocer el impacto que la intervención quirúrgica supone en la paciente, la enfermera debe valorar los sentimientos que le despierta la cirugía y los recursos de los que dispone para hacer frente a las complicaciones. La valoración de estos sentimientos ayuda a saber si la paciente será capaz de enfrentarse con éxito a la intervención. Un modo de observación de los sentimientos de la paciente es a través de su conducta. Por lo general, una persona con miedo acostumbra a realizar muchas preguntas. La enfermera podrá facilitarle a la mujer que exprese sus opiniones mediante la valoración, en la que se incluyen una serie de preguntas como pueden ser: “¿tiene alguna duda de la operación?”, “¿hay algo que le preocupe?” La labor de la enfermera es tranquilizarle y resolver las dudas que la paciente plantee. No se trata únicamente de nombrar la intervención sino de explicar cada paso: dónde, cuándo, con quién, las consecuencias y las posibles complicaciones. Es importante también hacerle ver su propio rol dentro del proceso que está atravesando y la relevancia de su participación. (27) (28) La enfermera debe mantener un contacto afectivo permanente con el paciente, simultáneo a la atención, y sin deteriorar la calidad de los cuidados. Debe mostrar amabilidad, dedicación, empatía y disponibilidad, tanto a la paciente como a la familia. (27)

Cuando la enfermera valora a una paciente expuesta a una intervención quirúrgica próxima, escucha de manera repetida preguntas como: “¿Cuánto dura la intervención?”, “¿voy a sentir algo con la anestesia?”, “¿Cuánto tiempo me tendré que quedar ingresada?” Las intervenciones quirúrgicas son una fuente de estrés, ya que obligan a las pacientes a enfrentar situaciones desconocidas que implican riesgos.

La función de enfermería en la fase preoperatoria está dirigida a los siguientes aspectos: identificar problemas mediante la valoración y la entrevista, validar la información que la mujer dispone, y preparar a la paciente tanto física como emocionalmente. (28) Es necesario establecer una buena relación con la paciente, escucharle de manera activa y que la enfermera se muestre muy receptiva a sus preocupaciones. (27) (28)

Tras la intervención, la enfermera debe estar en contacto con la paciente para el control de las posibles alteraciones emocionales. La enfermera debe enseñar a la paciente el manejo ante la posible aparición de ansiedad o depresión. Se pueden programar sesiones individuales y talleres en grupo con las pacientes según edad y diagnóstico, así como sesiones informativas sobre la identificación de signos y síntomas de una recidiva. También se pueden realizar talleres sobre autoestima para aquellas mujeres con una percepción pobre de su imagen corporal con el objetivo de prevenir trastornos psiquiátricos severos como la depresión o la ansiedad. (16)

Se entiende por enfermera especialista como “una enfermera matriculada que aplica el conocimiento avanzado de las necesidades de salud, las preferencias y las circunstancias de las mujeres con cáncer de mama para optimizar la salud y el bienestar del individuo en diversos estadios a través del proceso continuo de atención, incluido el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos”. (18) Una de las funciones de cabecera de la enfermera especialista de la mama es la atención de apoyo. Esta incluye desde una intervención hasta una conversación con la paciente. Las intervenciones de atención de apoyo proporcionan un mejor nivel y calidad de vida a las mujeres. Esta función de apoyo además, refleja la capacidad de las enfermeras especialistas para identificar las múltiples necesidades físicas, psicológicas, sociales, sexuales, culturales y espirituales de las pacientes con cáncer de mama. La identificación de las necesidades en los distintos estadios de la enfermedad, la realización de las intervenciones y el apoyo psicosocial ofertado de modo comprensivo y tolerante, junto a el tratamiento médico, son decisivos para la progresión de la paciente en el proceso de la enfermedad. (26)

Estas profesionales se involucran desde el momento del diagnóstico y durante todo el proceso de la enfermedad, donde se incluye el facilitar un número de teléfono y un nombre con el que la paciente pueda ponerse en contacto cuando lo requiera. Se considera también conveniente que la enfermera esté en contacto con el centro de salud de la paciente para proporcionar los datos necesarios por si fuera necesario contactar con ella. (18)

6. DISCUSIÓN

Como queda reflejado en el apartado 5.1, existen un número de elementos determinantes en el bienestar psicológico para llevar a cabo un afrontamiento óptimo. La personalidad de la mujer que hace frente al cáncer de mama condiciona el afrontamiento a la enfermedad, y por tanto, su bienestar. Es indispensable para la mujer con cáncer de mama poseer la capacidad de controlar los eventos del día a día y la proyección del futuro. Esto le permite controlar los eventos que le suceden y es capaz de desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento.

Por otro lado, parece estar comprobado que el cambio en la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama está relacionado con la mastectomía, refiriéndose al sentimiento de asimetría y a la sensación de tener el cuerpo desproporcionado. Además de la cirugía, otras cuestiones asociadas con la imagen corporal son la ansiedad por el aumento o pérdida de peso y la alopecia a causa de la quimioterapia. Se sugiere que las mujeres que sienten mayor insatisfacción con su imagen son aquellas que consideran sus senos una parte importante de su feminidad y atractivo. La mastectomía es señalada como la alternativa terapéutica que produce mayor daño en la imagen corporal y una autoestima más baja.

Se ha observado que a diferencia de otros efectos secundarios a la medicación del tratamiento del cáncer de mama, los problemas sexuales no suelen resolverse por sí solos durante los dos primeros años de la enfermedad y en ocasiones pueden mantenerse constantes. Se evidencia que la menopausia provocada por el tratamiento oncológico es más incapacitante que la menopausia que sufren las mujeres de forma natural. La insuficiencia ovárica, ya sea transitoria o permanente, inducida por la quimioterapia, terapia hormonal o supresión ovárica, produce una disminución de niveles de estrógeno y testosterona, por lo que se deduce un descenso de la libido y de la respuesta sexual. Así mismo, la quimioterapia es un factor decisivo en la disfunción sexual. Tiene una repercusión severa, sobre todo en las mujeres premenopáusicas, ya que frecuentemente también sufren el golpe de la infertilidad. Además de esto, también produce la pérdida del cabello, cambios en las uñas y variabilidad en el peso, lo que afecta a la imagen sexual de las mujeres, y por tanto, a las relaciones sexuales.

En cuanto al tipo de cirugía, la evidencia indica que las mujeres que se han sometido a la cirugía conservadora tienen una autopercepción corporal superior, al contrario que aquellas que han sufrido una mastectomía sin reconstrucción posterior, siendo el aspecto que impacta en la sexualidad. Llama la atención que cuando es la paciente la responsable de la elección de la cirugía a realizar, el factor más relevante es la satisfacción con la propia imagen, las preferencias sobre su propio cuerpo, en lugar de la extensión de la cirugía y el resultado en sí mismo.

Cabe resaltar que la sexualidad resulta un desafío para los profesionales, tratándose de algo íntimo, delicado y que requiere ciertas habilidades de manejo. Muchas mujeres manifiestan su preocupación por este tema y solicitan ayuda para enfrentarse a los problemas que en este aspecto manifiestan.

En cuanto a las relaciones sociales, los cambios reconocidos en los familiares por las mujeres que conviven con cáncer tienen gran relevancia en sus vidas. Según parece, fortalecer los lazos familiares es necesario para aliviar el sufrimiento de la mujer y ayudarla a ser más fuerte para afrontar la enfermedad. Si esta unión no ocurre, afloran los sentimientos de frustración y tristeza en la mujer. Se ha observado que frente a la enfermedad de alguien cercano, la familia experimenta un incremento de los síntomas depresivos, ansiedad, sufrimiento e impotencia. Es posible que la rabia se manifieste en alguna fase de la enfermedad, rabia porque sea determinada persona que le es próxima sobre la que haya aparecido esta enfermedad y no en otra persona cualquiera. En cuanto a la afectación emocional, existe la posibilidad de que los miembros de la familia estén tan afectados como la mujer portadora del cáncer. Es una situación difícil de hacer frente, tanto para la paciente como para la familia, marcada principalmente por la incertidumbre. La libre verbalización de los sentimientos parece tener gran relevancia ya que permite mantener la buena comunicación entre los miembros y la calidad de vida ante una realidad delicada.

Con respecto al cónyuge, la reacción frente al diagnóstico de cáncer de mama aparenta ser muy variada. Puede ser que su pareja se vuelva más flexible y comprensiva, ofreciendo su apoyo en los momentos difíciles del tratamiento, y que la relación se consolide. Por el contrario, es posible que la pareja se distancie, bien sea por la falta de comunicación o falta de afecto por alguna de las partes. Las alteraciones en las relaciones sexuales son también un factor a tener en cuenta; es fundamental que la pareja comprenda que la mujer con cáncer de mama está atravesando una situación compleja y su cuerpo está sufriendo unos efectos

consecuencia del tratamiento que influyen en su funcionamiento sexual. Si no se verbalizan los sentimientos y existe cierta flexibilidad, es probable que la relación de pareja no pueda resistir los cambios provocados por el proceso de cáncer.

En ocasiones, el distanciamiento de algunos amigos puede estar provocado por la no disposición de querer convivir con una persona enferma de cáncer. En otras situaciones, el alejamiento se puede relacionar con no estar preparado emocionalmente para asumir el compromiso de ayudar a su amiga. Puede ocurrir también que no sepan cómo comportarse, qué decir o como hacer una visita que resulte agradable. Sin embargo, cuando se muestran disponibles para ofrecer ayuda, la mujer enferma, por lo general, suele reconocer el esfuerzo y se muestra muy agradecida, valorando muy gratamente su amistad.

Otro tema a tratar es la discriminación laboral, como despidos injustificados, el traspaso a trabajos menos deseables o menor grado de responsabilidad son aspectos que se han observado que pueden ser causantes de que la mujer se retire antes de lo previsto del mundo laboral por sentirse infravalorada. Esto tiene como resultado alteraciones en la economía y consecuencias familiares y personales. Como es evidente, la pérdida del trabajo trae consigo alteraciones psicológicas, ya que el trabajo aporta autoestima, y un cambio en el estilo de vida que en ocasiones lleva a la mujer a un distanciamiento de su vida social, hasta llegar al aislamiento.

Otro de los aspectos importantes que se aborda en el trabajo es el rol de enfermería y la relevancia que adquiere en el cuidado de las mujeres con cáncer de mama que van a ser sometidas a una mastectomía, así como en la recuperación de la intervención quirúrgica y en la adaptación a la nueva situación a la que hacen frente. El diagnóstico de cáncer de mama desencadena una serie de reacciones sobre las cuales el profesional de enfermería debe tener conocimiento. Esto será práctico para ofrecer ayuda a las mujeres que les resulte dificultoso adaptarse a su nueva condición tras la mastectomía. Una de las reacciones más frecuentes en estas mujeres es la ansiedad, muy común debido a los efectos físicos que la enfermedad provoca en el cuerpo de las mujeres y las implicaciones que esta patología tiene en el futuro. Es posible que la paciente no exprese sus preocupaciones hasta no alcanzar cierta confianza con la enfermera. Dependiendo del nivel de ansiedad, la enfermera puede programar una serie de intervenciones, entre ellas, dar a la mujer la oportunidad de hablar sobre sus preocupaciones.

La tristeza es otra de las reacciones más frecuentes en las mujeres ante un diagnóstico de cáncer de mama. Al parecer, en los casos de mujeres con cáncer de mama, es muy común la coexistencia de la depresión y la ansiedad.

Igualmente, es conveniente detectar y tratar los cambios emocionales de los familiares, ya que el nivel de sufrimiento de la mujer enferma sería inferior y la calidad de los cuidados que la familia le pueda ofrecer aumentaría. Se confirma que la enfermedad supone para la mujer un cambio en su estilo de vida, lo que puede llevar a la paciente a sentirse sola, deprimida y aislada de su entorno social. La función de la enfermera sería en este caso proporcionarle información acerca de la participación en grupos sociales que le permitan ocupar ese tiempo libre a fin de sentirse mejor consigo misma y mejorar el manejo de su enfermedad. En cuanto a la salud sexual, este tema puede ser tabú en algunas culturas. Sin embargo, es importante que la profesional de la salud reconozca las preocupaciones de la paciente y establezca un vínculo de confianza y una buena comunicación para tratar el tema con delicadeza.

La mayoría de las mujeres llegan a la intervención quirúrgica con miedos propios, debidos a experiencias anteriores, advertencias de familiares y amigos o debido a la falta de conocimiento. La enfermera debe valorar si la información que la paciente dispone es adecuada o por el contrario está mal informada o no posee conocimientos. En este caso la enfermera debe satisfacer la necesidad de aprendizaje de la paciente. Si la paciente conoce la información acerca de la operación, el objetivo de la enfermera será reforzar dichos conocimientos y mantener la precisión y coherencia de la información. También es de interés resaltar que la educación a la paciente resulta un aspecto importante del proceso quirúrgico. La educación preoperatoria tiene una influencia positiva en la recuperación post operatoria de la paciente, siempre y cuando se ofrezca de manera estructurada y sistemática. Parecer ser que la información estructurada lleva a presentar menos nivel de ansiedad, disminución de días de ingreso en el hospital y mayor sensación de bienestar. Es curioso que se considere conveniente que esté presente una persona cercana cuando la enfermera ofrece explicaciones e instrucciones a la paciente. Es frecuente que esta persona actúe como educador de la paciente tras la intervención. Esta persona puede ser de gran ayuda durante el periodo post operatorio, momento en el que la participación de la paciente es vital para el proceso de curación.

Es habitual que tras la intervención, sea la enfermera quien reciba a la paciente en la habitación. Durante el periodo post operatorio, la paciente atraviesa diferentes estadios. Tras la mastectomía, es importante valorar el estado general y afectivo de la paciente y ofrecerle las herramientas y estrategias que la enfermera considere necesarias. Es probable que la paciente no esté en plenas facultades para recibir la información ofrecida por la enfermera. En este caso, la persona que acompañe a la paciente estará presente y será quien ayude a la paciente si le surgiera alguna duda y la enfermera no estuviera disponible.

La presencia de la enfermera especialista en la atención de mujeres con cáncer de mama que han sufrido una mastectomía parece ser beneficiosa en cuanto al bienestar de la paciente y su recuperación. Las intervenciones tras el diagnóstico van dirigidas a proporcionar información acerca de la enfermedad, el contenido de las consultas médicas, el apoyo al que recurrir en la toma de decisiones médicas, respuestas a preguntas de la paciente y la presencia de un profesional de enfermería durante la consulta. En la fase de seguimiento, la enfermera especialista tiene como labor proveer a la paciente de información sobre la posible recurrencia del cáncer, asesoramiento y detalles de contacto. Se aboga por facilitar una comunicación continuada entre la paciente y la enfermera. Esta enfermera sería una vía de acceso si precisara cualquier ayuda del equipo profesional. La paciente sería informada de la disponibilidad para contactar con la enfermera en caso de tener alguna inquietud, duda o síntoma que se relacione con el cáncer de mama.

La enfermera debe ser capaz de detectar en la paciente cualquier alteración como puede ser la ansiedad o la depresión, o algún otro síntoma físico a lo largo de un año desde el diagnóstico. Además de esto, la enfermera especialista tiene también la tarea de coordinarse con los servicios de terapia ocupacional de la comunidad, que pueden desempeñar un papel importante en el suministro de equipos, adaptaciones en el hogar de las pacientes y ofrecer consejos para el desempeño de las actividades de la vida diaria.

En Inglaterra existe un servicio de enfermería que ofrece un cuidado especializado a las mujeres con cáncer de mama: "Breast cancer nurse specialist". Al parecer, estas tienen un papel señalado haciendo que las mujeres que padecen esta enfermedad reciban una asistencia lo más integral posible. Es curioso que entre los beneficios que las funciones de enfermería especializada puede reportar, no solo encontremos a las pacientes como beneficiarias directas, sino también a la propia institución hospitalaria,

ya que al parecer se reducirían los tiempos de espera y de estancia hospitalaria postoperatoria, así como la readmisión mediante la reducción de complicaciones, mejor control de síntomas y mejor autocontrol de la paciente.

Se calcula que el número de personas que van a vivir con cáncer incrementará de 2 millones a 4 millones para el año 2030, por tanto, el número de personas que requieran una atención especializada también irá en aumento. La integración en la formación de enfermeras de estas habilidades permitiría ofertar un cuidado de mayor calidad, disminuyendo costes y mejorando la calidad de vida y el bienestar de la paciente y la familia, prestar un apoyo psicosocial adecuado durante el proceso y poseer la capacidad de solventar cualquier tipo de situación relacionado con la enfermedad y los efectos que esta tiene en la mujer y su entorno.

7. CONCLUSIONES

La evolución de una apropiada adaptación psicosocial al cáncer de mama precisa de continuidad y de mecanismos de adaptación permanentes. Para ello es imprescindible que la enfermera oferte una asistencia con un enfoque psicosocial. Requiere que la profesional comprenda las distintas fases y elementos de este proceso para lograr reconocer los diversos factores que lo afectan. La personalidad de la mujer es otro de los factores que condiciona el afrontamiento del cáncer de mama, y por tanto, su bienestar, existiendo una estrecha relación entre el bienestar y afrontamiento. La personalidad y los recursos tanto individuales como sociales, marcan sin duda, la calidad de vida de las pacientes. Las intervenciones de enfermería que favorezcan una mejor adaptación psicosocial pueden traducirse no solo en una mejor calidad de vida y mayor bienestar, sino también en un mejor pronóstico.

El diagnóstico de cáncer de mama, así como la intervención quirúrgica para la extirpación del seno, supone una situación estresante no solo a nivel físico, sino también y fundamentalmente en la dimensión mental, ya que la paciente tiene que adecuarse a pérdidas importantes, como son las modificaciones referidas a la imagen corporal, y a sentimientos y actitudes que ello despierta. La mujer que ha sido sometida a una mastectomía se considera mutilada y poco femenina. La importancia de la imagen corporal de la mujer cuando se refiere a su pecho interfiere en su nivel de autoestima. El contexto social, por otro lado, tiene gran influencia en la percepción de la imagen corporal que la mujer mastectomizada tiene de sí misma.

Las relaciones sexuales se pueden ver afectadas, así como la relación conyugal. Las mujeres, por lo general, tienen menor interés sexual y sus preocupaciones se dirigen a otros aspectos como el bienestar de su familia o la recuperación de las capacidades funcionales. En muchas ocasiones, el estímulo sexual depende del hecho de sentirse querida, admirada y valorada por su pareja.

El proceso de experimentar la enfermedad del cáncer de mama está repleto de cambios significativos. Este hecho no solo repercute a la mujer enferma, sino que se extiende a todos los componentes involucrados en su contexto social y familiar. La experiencia de la enfermedad es una tensión que comparten la mujer y su entorno más cercano. La familia por tanto es un importante apoyo emocional para la lucha contra el cáncer de mama.

La profesión de enfermería existe para atender las necesidades de salud de las personas. A medida que esas necesidades varían, el cuidado se adecúa a la persona enferma. El tratamiento de la mujer con cáncer de mama debe abordarse desde una perspectiva bio-psico-social, en el que se atiende a cada paciente como un todo y se anticipan y atienden todas las necesidades, se oferta un cuidado individualizado y se fomenta el autocuidado. Los problemas de autoimagen y los cambios corporales provocan un fuerte impacto emocional en la paciente alterando su calidad de vida y por tanto es susceptible de atención sanitaria. El objetivo de la enfermera es ayudar a la paciente a orientar, asimilar y controlar las reacciones emocionales que surgen durante el periodo de duelo, desde el inicio hasta llegar a la fase de adaptación, así como proporcionar la información adecuada sobre el proceso para evitar la búsqueda indiscriminada que lleva a conclusiones equívocas, permitir la expresión de sentimientos y aumentar la sensación de control en la paciente. Las intervenciones psicosociales efectuadas por profesionales reducen el malestar, mejoran la calidad de vida de las mujeres afectadas y facilitan la adaptación familiar al diagnóstico. Las intervenciones llevadas a cabo en los periodos pre y post quirúrgicos tienen como objeto favorecer la adaptación de las pacientes a la cirugía y combatir el descenso consecuente de la calidad de vida.

Otro aspecto fundamental es el conocimiento de los profesionales sobre las reacciones comunes desencadenadas por el diagnóstico de cáncer mama. Es importante que la enfermera escuche las dudas y ansiedades de la familia. Es conveniente que detecte y trate cuanto antes las alteraciones emocionales que los familiares y amigos próximos de la paciente pueden presentar, ya que además de convertirse en una fuente de sufrimiento para la afectada, puede llevar a una reducción de la calidad en el cuidado de la mujer. La creación de grupos de apoyo para las pacientes y sus familias es fundamental, ya que les permite conocer historias de vida de otras personas que ya han experimentado este tipo de situación.

El trabajo de la enfermera especialista presenta una variedad de beneficios en la paciente como son la comprensión del diagnóstico y la situación actual por la propia paciente, la mejora en la participación de los pacientes en la toma de decisiones, la reducción de los niveles de ansiedad, depresión y síntomas somáticos, y el aumento de nivel de autoestima y de bienestar general.

8. REFLEXIÓN PERSONAL

Conociendo que los problemas psicosociales provocados por el diagnóstico de cáncer de mama en la mujer son evidentes, me hace pensar en la necesidad de la profesional de enfermería de recibir una formación específica para ser capaz de identificar las necesidades de la paciente, dar consejos y manejar herramientas y habilidades de comunicación y relación con la paciente, proporcionar un cuidado integral, de calidad e individualizado tanto a la paciente como a su familia y comprender la vivencia que atraviesan para ser capaces de empatizar y reconocer las necesidades que precisan satisfacer.

Considero necesario el diseño de un plan de cuidados específico para las mujeres con cáncer de mama en el contexto sanitario español, como ya sucede en otros países como Estados Unidos o Reino Unido. Además del actual seguimiento, dirigido principalmente a la detección temprana de recidivas, se plantea la necesidad de implantar un enfoque de asistencia multidisciplinaria, en el que la enfermera sea una referencia para la paciente, y que incluya la valoración del impacto psicosocial de la enfermedad, así como el seguimiento y control de las secuelas físicas y de los efectos tardíos potenciales de los tratamientos

Por otro lado, la convivencia con los sentimientos de la mujer enferma no es tarea fácil. Despierta en la enfermera conflictos relacionados con el sentido de la existencia, intransigencia a la idea de finitud y transitoriedad de la vida. Considero que es preciso cierto grado de autoconocimiento por parte de la propia profesional, en relación a su manera de ser y reaccionar, así como de sus limitaciones, para poder hacer frente a esta convivencia que puede resultar desgastante. La interacción con la paciente, la formación de un vínculo afectivo y la relación interpersonal de clase terapéutica son necesarias e implica la reflexión de la profesional respecto a su persona, elemento significativo en el modo que vive la experiencia y consecuentemente, en la calidad de la asistencia prestada a las pacientes.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española contra el Cáncer [sede Web]. España: AECC; 2012 [actualizado 2 septiembre 2014; acceso 7 enero 2015]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/incidencia.aspx>
2. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. British Medical Journal [internet] 2000 [acceso 7 enero 2015]; 321(7261): [624-628]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118507/>
3. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Clínica y Salud [internet] 2007 [acceso 7 enero 2015]; 18(2): [137-161]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a02.pdf>
4. Barroilhet S, Forjaz MJ, Garrido E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas Esp Psiquiatr [internet] 2005 [acceso 9 enero 2015]; 33(6): [390-397]. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>
5. Pereira AB, Da Costa M, Pinto A. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. Enfermería Global [Internet] 2012 [acceso 9 enero 2015]; 11(26): [416-426]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200026&script=sci_arttext
6. Aguilar MJ, Neri M, Mur N, Gómez E. Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. Nutrición Hospitalaria [Internet] 2013 [acceso 10 enero 2015]; 28(5): [1453-1457]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n5/12original07.pdf>
7. Juárez DM, Landero R. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. Nova Scientia [Internet]. 2011 [acceso 7 enero 2015]; 4(7): [17-34]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3785174>

8. Rincón ME, Pérez MA, Borda M, Martín A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Pshychologica* [internet] 2012 [acceso 12 enero 2015]; 11(1): [25-41]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/575/1516>
9. Pinto AC. Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. *Journal of Thoracic Disease* [Internet] 2013 [acceso 23 enero 2015]; 5(1): [81-86]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3695536/>
10. Font A, Cardoso A. Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología* [Internet] 2009 [acceso 26 enero 2015]; 6(1). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A>
11. Soto J, Planes M, Gras ME. Las emociones como variables relacionadas con el cambio de hábitos de salud en familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer. *Psicooncología* [Internet] 2003 [acceso 1 febrero 2015]; 0(1): [75-82]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110075A/16409>
12. Salci MA, Silva S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet] 2006 [acceso 1 febrero 2015]; 59(4): [514-520]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400008&lang=pt
13. Machado VdeL. A família cuidando do ser humano com câncer e sentido a experiencia. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet] 2003 [acceso 1 febrero 2015]; 56(2): [133-137]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000200004&lang=pt
14. Araújo JdaS, Alves do Nascimento MA. Atuação da família frente ao processo saúde-doença de um familiar com câncer de mama. *Revista Brasileira Enfermagem* [Internet] 2004 [acceso 4 febrero 2015]; 57(3): [274-278]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000300003&lang=pt

15. Lisboa KdeO, Andrade NML, Dupas G, Boer D. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet] 2010 [acceso 4 febrero 2015]; 63(2): [290-299]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200019&lang=pt
16. Vivar CG. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. Atención Primaria [Internet]. 2012 [acceso 7 febrero 2015]; 44(5): [288-292]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90132525&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=135&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v44n05a90132525pdf001.pdf
17. Guidance on Cancer Services: Improving Outcomes in Breast Cancer. National Institute for Clinical Excellence [sede Web]. London; 2002 [acceso 16 marzo 2015]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/csgbc/evidence/improving-outcomes-in-breast-cancer-manual-update-2>
18. Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. Enfermeras especialistas en la atención de la mama para la atención de apoyo a mujeres con cáncer de mama. Biblioteca Cochrane Plus [Internet] 2008 [acceso 16 marzo 2015]; (4). Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/PDF/CD005634.pdf>
19. García-Viniegras CV, González M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. Avances en Psicología Latinoamericana [Internet] 2007 [acceso 26 enero 2015]; 25(1): [72-80]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242007000100008&script=sci_arttext
20. García S, Blasco T. Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología [Internet] 2008 [acceso 23 enero 2015]; 5(1): [155-170]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130155A/15545>

21. Rojas-May G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Revista Médica Clínica las Condes [Internet] 2006 [acceso 16 marzo 2015]; 17(4): [194-197]. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_17_1/IntervencionPsicologicap_194.pdf
22. Lluch A, Almonacid V, Garcés V. Cáncer e imagen: el duelo corporal. Duelo en Oncología. Sociedad Española Oncología Médica [Internet] [acceso 16 marzo 2015]; [183-197]. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo15.pdf>
23. Regina S, Pezo MC, Alves M, Machado AL. El cuidado de la persona con cáncer: Un abordaje psicosocial. Index de Enfermería [Internet] 2005 [acceso 4 febrero 2015]; 14(51): [34-39]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300007&lang=pt
24. Font A, Rodríguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología [Internet] 2007 [acceso 28 enero 2015]; 4(2-3): [423-446]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2511263>
25. Ganz PA, Yip CH, Gralow JR, Disterlhost SR, Albain KS, Andersen BL, Bebilacqua JL, de Azambuja E, El Saghir NS, Kaur R, McTiernan A, Partridge AH, Rowland JH, Singh-Carlson S, Vargo MM, Thompson B, Anderson BO. Supportive care after curative treatment for breast cancer (survivorship care): Resource allocations in low- and middle- income countries. A Breast Health Global initiative 2013 consensus statement. The breast [Internet]. 2013 [acceso 18 febrero 2015]; 22(5): [606-615]. Disponible en: [http://www.thebreastonline.com/article/S0960-9776\(13\)00214-2/abstract](http://www.thebreastonline.com/article/S0960-9776(13)00214-2/abstract)
26. Gallegos M, Rodríguez A, Murillo E, Esquivel E, Alvarado MA. Propuesta de cuidado de enfermería domiciliario en personas mastectomizadas: adaptación-afrentamiento. Revista Cuidarte [Internet] 2012 [acceso 14 marzo 2015]; 3(3): [326-333]. Disponible en: <http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/98/Original9%20Monica%20ME XICO.pdf>

27. Riquelme B, Sepúlveda B, Vargas X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. Revista Médica Clínica las Condes [Internet] 2006 [acceso 14 marzo 2015]; 17(4): [244-247]. Disponible en: http://www.mastologia.cl/pto_docente/002_atenfrmr.pdf
28. Silva de Oliveira M, Carvalho AF, Mesquita E, Falcão IC. Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer. Revista Cubana de Enfermería [Internet] 2005 [acceso 14 marzo 2015]; 21(2): [1-1]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-03192005000200011