



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

“Estudio sobre la Calidad de Vida en Mujeres
Supervivientes al Cáncer de Mama”

D^a. Paula Ruiz Carreño

2015

UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



TESIS DOCTORAL

*“Estudio sobre la calidad de vida en mujeres supervivientes
al cáncer de mama”*

Tesis Doctoral para optar al Título de Doctora, en Investigación en
Cuidados de Enfermería, por la Universidad de Murcia, realizada por:

Dña. Paula Ruiz Carreño

Dirigida por:

Dra. Dña. Pilar Almansa Martínez

Dra. Dña. Matilde Campos Aranda

Murcia,
2015

A mis padres, Magdalena y Pepe,

A mi hermana, Ana,

A Norberto López Núñez,

Y a todas las mujeres

(presentes y ausentes)

con cáncer de mama.

AGRADECIMIENTOS

Aprovecho estas líneas para expresar mi gratitud a todas aquellas personas que directa o indirectamente han hecho posible la realización de esta Tesis Doctoral.

En primer lugar, quiero expresar mi especial gratitud y atención a mis directoras, Pilar Almansa Martínez, por haber aceptado dirigir esta Tesis, agradezco la orientación, dedicación, motivación y supervisión que, desde el principio y en todo momento, me ha prestado. Matilde Campos Aranda, muchas gracias por tu consejos y esfuerzo, pero sobretodo por tu paciencia a la hora de interpretar los datos.

A la Unidad de Mama del Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” (Isabel y María) y a todo el personal de las consultas de Oncología del Hospital de día, Charo (supervisora), auxiliares de enfermería Pepa, Ana, Isa, y en especial a los doctores. J.L. Alonso Romero y Pilar Sánchez.

A todo el personal de Oncología del Hospital de Día del Hospital Morales Meseguer, en especial al Dr. Ayala, a Inmaculada (supervisora) y a todas las auxiliares. Sin vuestra ayuda la recogida de la muestra hubiera sido mucho más dificultosa, muchas gracias a todos por vuestra colaboración.

Agradecer a todas las mujeres que han participado desinteresadamente en el trabajo, por su generosidad y disponibilidad, sin vuestra aportación este trabajo no hubiera llegado a su fin.

Y por último, expresar mi más sincero agradecimiento, a mi familia y amigas/os. La realización de este trabajo no la hubiera podido llevar a cabo sin el soporte emocional de mis padres, mi hermana y como no, sin ti, Norberto, gracias por tu incondicional ayuda, paciencia, desvelos y grandes momentos que han hecho más llevadero este trabajo. Sin vosotros no lo hubiera conseguido.

GRACIAS por ayudarme y cuidarme en este largo camino.

Parte del trabajo de esta Tesis ha sido difundida en diferentes revistas y congresos:

- Paula Ruiz Carreño, Pilar Irene Sánchez Martínez. Cáncer de mama: cuidados e intervenciones de enfermería para mejorar el estado general de salud y la calidad de vida. ISBN: 84-978-84-693-6791-9. Edita: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Madrid, 2010.
- Ruiz Carreño, Paula; Almansa Martínez, María Pilar. Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perspectiva enfermera. Index de Enfermería 2012; 21(4): 190-193. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n4/7838.php>.
- Paula Ruiz Carreño, Pilar Almansa Martínez, Antonio Velandrino Nicolás, María Moya Nicolás, Camino Álvarez. Sexualidad y calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama. Congreso Internacional “Género (s) e Saúde: (In) Determinações e Aproximações”. Coimbra, 2013.
- Paula Ruiz Carreño, Pilar Almansa Martínez, Verónica Cuadrado Ruiz, Juan Antonio Flores Martín, M^a del Carmen Elena Elena. Efectos del cáncer de mama en la imagen corporal de mujeres con más de 5 años de diagnóstico. Congreso Internacional “Género (s) e Saúde: (In) Determinações e Aproximações”. Coimbra, 2013.
- Ruiz Carreño P, Almansa Martínez P. “Estudio de los problemas de salud en mujeres supervivientes al cáncer de mama”. In: Pina Roche F, Almansa Martínez P. Mujer y cuidados: retos en salud. Murcia: edit.um; 2014. p119-134. ISBN-13: 978-84-697-1390-7.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
ABREVIATURAS.....	27
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	29
1. INTRODUCCIÓN.....	31
2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO CÁNCER.....	34
2.1. Prevalencia	35
2.1.1. Prevalencia total.....	35
2.1.2. Prevalencia a 5 años.....	35
2.2. Incidencia en España	37
2.2.1. Incidencia en hombres	38
2.2.2. Incidencia en mujeres	38
2.3. Supervivencia en España.....	39
2.3.1. Evolución de la supervivencia por sexo	42
2.4. Mortalidad en España.....	43
3. CÁNCER DE MAMA.....	45
3.1. Epidemiología	47
3.1.1. Incidencia.....	47
3.1.1.1. Incidencia en España	47
3.1.1.2. Incidencia en la Región de Murcia.....	48
3.1.2. Supervivencia	50
3.1.3. Mortalidad.....	51

3.1.3.1. Mortalidad en la Región de Murcia	52
3.2. Factores de riesgo y protectores	54
3.2.1. Factores de riesgo.....	54
3.2.2. Factores protectores	56
3.2.3. Factores que no han demostrado efectos sobre el riesgo de cáncer de mama.....	56
4. ENFERMERÍA ONCOLÓGICA	58
4.1. Necesidades emocionales y de información	59
4.1.1. Diferencias relacionadas con la edad	60
4.1.2. El apoyo de las supervivientes de cáncer de mama	62
4.2. Calidad de vida relacionada con la salud.....	63
4.2.1. Consecuencias psicológicas	66
4.2.2. Alteraciones del estado de salud y la calidad de vida	69
4.2.3. Recomendaciones para el autocuidado en mujeres supervivientes al cáncer de mama.....	82
4.3. Programas de atención sanitaria en el cáncer de mama.....	86
4.3.1. Programas de detección precoz	86
4.3.2. Programa de Prevención del Cáncer de Mama en la Región de Murcia	89
4.3.3. Programas de seguimiento orientado a las enfermeras	92

CAPÍTULO II: OBJETIVOS	97
1. OBJETIVOS	99
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	101
1. METODOLOGÍA.....	103
1.1. Diseño	103
1.2. Población y muestra	103
1.3. Criterios de selección	104
1.3.1. Criterios de inclusión.....	104
1.3.2. Criterios de exclusión	104
1.4. Ámbito del estudio	104
1.5. Variables del estudio	105
1.5.1. Características Sociodemográficas	105
1.5.2. Características Clínicas.....	105
1.6. Instrumento de medida	105
1.6.1. Cuestionario de la calidad de vida	105
1.7. Limitaciones o dificultades	107
1.8. Aspectos ético-legales	107
1.9. Proceso de recogida y análisis de los datos.....	108

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	111
1. Descriptiva de los datos sociodemográficos y clínicos	114
2. Análisis factorial aplicado a los cuestionarios QLQ-C30 + BR-23 adaptados	122
2.1. Análisis de las dimensiones	122
2.2. Estudio global de las dimensiones (secuelas).....	140
2.3. Estudio global de la calidad de vida	141
3. Frecuencia de la aparición de las secuelas.....	143
4. Comparación de las dimensiones con las variables sociodemográficas y clínicas	145
4.1. Resultado de las dimensiones que han dado significativas con las variables sociodemográficas y clínicas	145
4.2. Relación de los problemas del brazo con las variables sociodemográficas y clínicas	148
4.3. Relación del estado físico con las variables sociodemográficas y clínicas.....	151
4.4. Relación de la satisfacción de la imagen corporal con las variables sociodemográficas y clínicas	158
4.5. Relación del estado emocional con las variables sociodemográficas y clínicas.....	160
4.6. Relación del funcionamiento social con las variables sociodemográficas y clínicas	163

4.7. Relación del funcionamiento sexual con las variables sociodemográficas y clínicas	165
4.8. Relación de los problemas de alimentación con las variables sociodemográficas y clínicas	170
4.9. Relación de las molestias de la mama con las variables sociodemográficas y clínicas	171
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	173
1. Discusión	175
1.1. Descripción y análisis de artículos internacionales.....	175
1.2. Descripción y análisis de artículos nacionales	185
2. Conclusiones	191
3. Propuestas de futuras líneas de investigación	193
3.1. Línea de investigación 1. Investigación cualitativa	193
3.2. Línea de investigación 2. Propuesta de planes de cuidados estandarizados enfermeros	193
3.2.1. Posibles diagnósticos enfermeros para mejorar la calidad de vida.....	194
3.2.2. Resultados e intervenciones enfermeras (NOC-NIC) para mejorar la calidad de vida.....	198
BIBLIOGRAFÍA	207

ANEXOS	227
Anexo 1: Autorización del Gerente del Área I.....	229
Anexo 2: Autorización del Gerente del Área VI.....	231
Anexo 3: Permiso de la Comisión de bioética.....	233
Anexo 4: Consentimiento Informado	235
Anexo 5: Variables sociodemográficas y clínicas.....	237
Anexo 6: Cuestionario QLQ C-30.....	239
Anexo 7: Cuestionario QLQ BR-23	241
Anexo 8: Cuestionario QLQ C-30 + BR-23 adaptados.....	243
Anexo 9: Cuestionario CAESCAM.....	247

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1. Cáncer de mama. Número de defunciones año 2008	54
FIGURA 2. Relación entre hormonas sensibles al estrés, inmunidad y cáncer	79
FIGURA 3. Grupo de edad objetivo	88
FIGURA 4. Número de proyecciones en cribados sucesivos. Evolución 2001-2007	89
FIGURA 5. Extensión territorial por áreas de salud y orden cronológico	90
FIGURA 6. Distribución territorial de las Áreas de Salud	120

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Estadísticos descriptivos de la edad.....	114
TABLA 2. Estado civil	114
TABLA 3. N° personas que conviven.....	115
TABLA 4. N° de hijos.....	116
TABLA 5. Año de diagnóstico	116
TABLA 6. Tipo de cirugía	117
TABLA 7. Tratamiento	117
TABLA 8. Nivel de estudios.....	118
TABLA 9. Situación laboral	118
TABLA 10. Profesión	119
TABLA 11. Lugar de residencia.....	120
TABLA 12. Patología crónica.....	121
TABLA 13. Problemas del brazo.....	123
TABLA 14. Problemas del brazo agrupado.....	125
TABLA 15. Estado físico.....	126
TABLA 16. Estado físico agrupado.....	127
TABLA 17. Satisfacción de la imagen corporal	128
TABLA 18. Satisfacción de la imagen corporal agrupada	129

TABLA 19. Estado emocional	130
TABLA 20. Estado emocional agrupado	131
TABLA 21. Funcionamiento social.....	132
TABLA 22. Funcionamiento social agrupado	133
TABLA 23. Funcionamiento sexual	134
TABLA 24. Funcionamiento sexual agrupado	135
TABLA 25. Problemas de alimentación	136
TABLA 26. Problemas de alimentación agrupado.....	137
TABLA 27. Molestias en la mama.....	138
TABLA 28. Molestias en la mama agrupado	139
TABLA 29. Mujeres afectadas o no por las secuelas.....	143
TABLA 30. Mujeres afectadas o no por las secuelas agrupado.....	144
TABLA 31. Estado civil agrupado	145
TABLA 32. Tipo de cirugía agrupada	146
TABLA 33. Tratamiento agrupado	147
TABLA 34. Lugar de residencia agrupado	148
TABLA 35. Tipo de cirugía y problemas del brazo	149
TABLA 36. Comparaciones de medias dos a dos	149
TABLA 37. Profesión y problemas del brazo	150
TABLA 38. Comparaciones de medias dos a dos	151

TABLA 39. Estado civil y estado físico	152
TABLA 40. Convivencia y estado físico	153
TABLA 41. Comparaciones de medias dos a dos	153
TABLA 42. Número de hijos y estado físico	154
TABLA 43. Comparaciones de medias dos a dos	155
TABLA 44. Enfermedad crónica y estado físico	156
TABLA 45. Tratamiento hormonal y estado físico	157
TABLA 46. Tipo de cirugía e imagen corporal	158
TABLA 47. Comparaciones de medias dos a dos	159
TABLA 48. Tabla de contingencia	160
TABLA 49. Lugar de residencia y estado emocional	160
TABLA 50. Estudios y estado emocional	161
TABLA 51. Comparaciones de medias dos a dos	162
TABLA 52. Convivencia y funcionamiento social	163
TABLA 53. Comparaciones de medias dos a dos	164
TABLA 54. Lugar de residencia y funcionamiento social	164
TABLA 55. Tipo de cirugía y funcionamiento sexual	166
TABLA 56. Comparaciones de medias dos a dos	167
TABLA 57. Estudios y funcionamiento sexual	167
TABLA 58. Comparaciones de medias dos a dos	168

TABLA 59. Situación laboral funcionamiento sexual	169
TABLA 60. Comparaciones de medias dos a dos	170
TABLA 61. Enfermedad crónica y alimentación	171
TABLA 62. Relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con las dimensiones que han dado significación	172
TABLA 63. Posibles diagnósticos enfermeros para las secuelas estudiadas	195
TABLA 64. Posibles resultados (NOC) e intervenciones (NIC) principales	198

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1. Prevalencia cáncer en España a 5 años	36
GRÁFICO 2. Prevalencia del cáncer en España. (Mujeres)	37
GRÁFICO 3. Incidencia de cáncer en España por tipo de tumor.	38
GRÁFICO 4. Incidencia de cáncer en España. (Mujeres).....	39
GRÁFICO 5. Supervivencia a 5 años. Porcentajes.	40
GRÁFICO 6. Supervivencia a 5 años. España – Europa. Porcentajes.	41
GRÁFICO 7. Supervivencia global del cáncer en España. (Mujeres)	42
GRÁFICO 8. Supervivencia en España de pacientes con cáncer de mama.	43
GRÁFICO 9. Mortalidad Global por tipo de tumor.	44
GRÁFICO 10. Mortalidad por tipo de tumor. (Mujeres)	44
GRÁFICO 11. Número de casos por año y sexo. Región de Murcia 1983-2003	49
GRÁFICO 12. Tasas de incidencia de cáncer de mama por grupo de edad. Región de Murcia 2003-2007	49
GRÁFICO 13. Supervivencia de cáncer de mama por grupo de edad. Región de Murcia 2000-2003	51
GRÁFICO 14. Tasas de mortalidad por cáncer de mama. España y Murcia 1980-2010	53
GRÁFICO 15. Tasas de participación en el cribado mamográfico por áreas de salud en la Región de Murcia. Periodo 2003-2012.....	92

GRÁFICO 16. Estado civil.....	115
GRÁFICO 17. N° de personas que conviven	115
GRÁFICO 18. N° de hijos	116
GRÁFICO 19. Tipo de cirugía.....	117
GRÁFICO 20. Nivel de estudios	118
GRÁFICO 21. Situación laboral.....	119
GRÁFICO 22. Profesión.....	119
GRÁFICO 23. Lugar de residencia	121
GRÁFICO 24. Enfermedades crónicas.....	121
GRÁFICO 25. Problemas del brazo	124
GRÁFICO 26. Problemas del brazo agrupado	125
GRÁFICO 27. Estado físico	127
GRÁFICO 28. Estado físico agrupado	127
GRÁFICO 29. Satisfacción de la imagen corporal.....	129
GRÁFICO 30. Satisfacción de la imagen corporal agrupada	129
GRÁFICO 31. Estado emocional	131
GRÁFICO 32. Estado emocional agrupado.....	131
GRÁFICO 33. Funcionamiento social.....	133
GRÁFICO 34. Funcionamiento social agrupado.....	133
GRÁFICO 35. Función sexual.....	135

GRÁFICO 36. Función sexual agrupado	135
GRÁFICO 37. Problemas de alimentación	137
GRÁFICO 38. Problemas de alimentación agrupados.....	137
GRÁFICO 39. Molestias de la mama.....	139
GRÁFICO 40. Molestias de la mama agrupada.....	139
GRÁFICO 41. Mujeres que no tienen ningún grado de afectación	140
GRÁFICO 42. Mujeres con el mayor grado de afectación	141
GRÁFICO 43. Porcentaje de mujeres que no tienen afectada la calidad de vida. .	142
GRÁFICO 44. Porcentaje de mujeres que tienen afectada la calidad de vida.	142
GRÁFICO 45. Porcentaje de mujeres afectadas o no por las secuelas	144
GRÁFICO 46. Estado civil agrupado	146
GRÁFICO 47. Tipo de cirugía agrupada	146
GRÁFICO 48. Tratamiento agrupado.....	147
GRÁFICO 49. Lugar de residencia agrupado.....	148
GRÁFICO 50. Tipo de cirugía y problemas del brazo	149
GRÁFICO 51. Profesión y problemas del brazo	150
GRÁFICO 52. Estado civil y estado físico	152
GRÁFICO 53. Convivencia y estado físico	153
GRÁFICO 54. Hijos y estado físico	154
GRÁFICO 55. Enfermedad crónica y estado físico	156

GRÁFICO 56. Tratamiento hormonal y estado físico	157
GRÁFICO 57. Tipo de cirugía e imagen corporal	158
GRÁFICO 58. Lugar de residencia y estado emocional	161
GRÁFICO 59. Estudios y estado emocional	162
GRÁFICO 60. Convivencia y funcionamiento social	163
GRÁFICO 61. Lugar de residencia y funcionamiento social	165
GRÁFICO 62. Tipo de cirugía y funcionamiento sexual	166
GRÁFICO 63. Estudios y funcionamiento sexual	168
GRÁFICO 64. Situación laboral y funcionamiento sexual	169
GRÁFICO 65. Enfermedad crónica y alimentación	171

ABREVIATURAS

AECC	Asociación Española Contra el Cáncer.
ANE	Asociación Nacional de Enfermeras.
ANOVA	Análisis de la varianza.
ASCO	Sociedad Americana de Oncología Clínica
BAG	Biopsia con aguja gruesa.
BRCA1	Gen localizado en el cromosoma 17 (BREast CAncer Type 1).
BRCA2	Gen localizado en el cromosoma 13 (BREast CAncer Type 2).
CAESCAM	Cuestionario de Autocuidado ESpecífico en el Cáncer de Mama.
CARES	Rehabilitación del Cáncer del Sistema de Evaluación.
CCAA	Comunidades Autónomas.
CIE	Consejo Internacional de Enfermería.
CREM	Centro Regional de Estadísticas de Murcia.
CV	Calidad de Vida.
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud.
EORTC	Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer.
EUROCARE	Registro de cáncer Europeo.
FACT-B	Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer, cuestionario para Cáncer de mama.

HCUVA	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
HMM	Hospital Morales Meseguer.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAAF	Punción Aspiración con Aguja Fina.
PDPCM	Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama.
PSQI	Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh.
RMN	Resonancia Magnética Nuclear.
SAS	Symptom Assessment Scale.
SDS	Symptoms Distress Scale.
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica.
SF-36	Cuestionario de salud. Calidad de vida relacionada con la salud.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TEA	Trastorno de Estrés Agudo.
TEP	Trastorno de Estrés Postraumático.
TSH	Terapia Hormonal Sustitutiva.
WHOQOL	The World Health Organization Quality Of Life instruments.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO



1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye un problema de salud de gran repercusión en la población femenina por su alta incidencia y mortalidad, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. Aunque su pronóstico ha mejorado notablemente en los últimos años y la supervivencia actualmente es elevada, el propio proceso y los tratamientos que se aplican tienen importantes repercusiones personales y familiares. El diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad produce una gran incertidumbre y sentimientos de falta de control sobre su vida por parte de las mujeres afectadas. Es frecuente encontrar sentimientos de soledad, miedo, temor y falta de recursos frente a una situación nueva y traumática^{1,2}.

Por otro lado, algunos estudios concluyen que son insuficientes los esfuerzos dedicados a mejorar el estado general de salud y la calidad de vida (CV) de las mujeres con cáncer de mama, tras el tratamiento.

Hablar de cáncer de mama es hablar de una enfermedad compleja tanto física como psicológicamente. Afrontar los muchos retos que supone su diagnóstico, como los tratamientos prolongados e intentar combinar la recuperación con la familia y los compromisos de trabajo, puede tener una repercusión significativamente negativa en las mujeres³. Problemas como la depresión y la ansiedad pueden ser el resultado de la angustia a causa del diagnóstico, el temor a una enfermedad considerada potencialmente mortal y la recidiva tumoral. La cirugía de mama puede repercutir psicológicamente en la imagen corporal y en la sexualidad de una mujer. Efectos secundarios como náuseas y vómitos, caída del cabello, fatiga o linfedema además de los síntomas asociados con la menopausia inducida por el tratamiento (sofoco de calor e inestabilidad emocional), son precisamente, algunas de las consecuencias físicas más frecuentes relacionadas con los tratamientos de cáncer de mama.

Para la mujer, por lo tanto, el cáncer de mama no es sólo un problema médico, sino que también es un problema que tiene una incidencia psicológica, emocional

y social grave. El tratamiento eficaz requiere un enfoque profesional multidisciplinar y holístico⁴.

Esta es la razón por la que en EEUU se empieza a hablar de una disciplina denominada *medicina de la supervivencia*, inspirada en una filosofía que Hortobagyi, ex-presidente de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), resume en la idea de que: “*curar el cáncer es necesario, pero ya no es suficiente*”⁵.

El británico Maguire en 1983 (citado por Cruickshank S, *et al.*)⁴ fue de los primeros en identificar las necesidades emocionales y psicológicas específicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y en identificar también la necesidad de ofrecer tanto atención psicológica como física para ayudar a su recuperación. Su trabajo sentó las bases para el desarrollo de la función de las enfermeras especialistas en la atención de la mujer con problemas de mama en el Reino Unido.

El cáncer de mama es responsable de una significativa morbilidad, y su incidencia está aumentando en muchos países. Los esfuerzos por reducir la mortalidad se han centrado en el diagnóstico precoz de la enfermedad que permita tratamientos más efectivos y menos agresivos. El tratamiento precoz se asocia con la supervivencia a largo plazo, ya que es extremadamente más baja cuando la enfermedad se diagnostica en estadios avanzados o metastásicos. Además, hay consenso sobre los beneficios del cribaje (*screening*) con mamografía para las mujeres de más de 50 años. Hasta ahora, muchos programas y planes de salud en muchos países y regiones han asumido que el cribaje de cáncer de mama en el ámbito comunitario debe ser una prioridad, al menos para las mujeres de 50 a 69 años de edad⁶.

La amenaza a la propia existencia, el sentido de incertidumbre y la falta de control que provoca el diagnóstico de cáncer de mama, unido a los cambios corporales de la cirugía, los síntomas derivados de otros tratamientos y los cambios en los estilos de vida, así como las repercusiones que el proceso tiene en

la vida sociofamiliar y laboral, lo definen como uno de los problemas de mayor impacto en la salud de las mujeres².

Como afirma Laura Schwartzmann⁷, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

A pesar de que en la actualidad, el cáncer de mama no es percibido como una enfermedad terminal, sino como un proceso crónico de larga duración, las estadísticas confirman que se trata de una grave amenaza para la mujer por las secuelas que produce, el consiguiente deterioro de su vida a nivel personal, familiar y laboral, con importantes costes, ya que su incidencia es elevada en una franja de edad en la que la mujer es económicamente activa y en una etapa de la vida de formación y desarrollo de su propia familia².

Todo lo expuesto pone de manifiesto la necesidad de desarrollar investigaciones enfermeras centradas en las consecuencias para la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas de esta neoplasia maligna por ser la más frecuente en la mujer y el tumor que mayor número de muertes produce en ellas, en nuestro país.

2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO CÁNCER

El cáncer es una de las enfermedades de mayor relevancia en el mundo por su prevalencia, incidencia y mortalidad. Es la segunda causa de muerte en España, y por tanto un problema de salud prioritario⁸.

Un cáncer está formado por células del organismo que funcionan de forma anómala y en la que los procesos fisiológicos que tienen lugar en las células normales están fuera de control. Ello es consecuencia de dos procesos: el aumento de la proliferación de un grupo de células, dando lugar al tumor o neoplasia, y la posterior adquisición de estas células de la capacidad de invadir otros tejidos u órganos. Si solo se da el primer proceso se diagnostica como un tumor benigno, cuya curación completa por extirpación quirúrgica no suele ser un problema. Si las células de un tumor son capaces de invadir los tejidos circundantes o los distantes a través del torrente sanguíneo o linfático formando metástasis, se trata de un tumor maligno o cáncer⁹.

Uno de cada tres varones y una de cada cuatro mujeres se diagnosticarán de cáncer a lo largo de su vida. Cada año su incidencia aumenta en España, pero también disminuye su mortalidad, lo cual refleja los avances en el diagnóstico precoz y el tratamiento. El envejecimiento de la población y la supervivencia cada vez mayor de los enfermos de cáncer han supuesto un aumento significativo del número de pacientes que tienen o han tenido cáncer⁸.

Respecto al cáncer de mama, se estima, que una de cada ocho mujeres lo sufrirá a lo largo de su vida, lo que representa un cambio significativo respecto al año 2011 en el que las cifras se referían a 1 de cada 10 mujeres¹. En los países de la Unión Europea, la probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer antes de los 75 años es del 8%¹⁰.

2.1. Prevalencia

La prevalencia hace referencia al número de pacientes diagnosticados de una enfermedad, en un momento concreto.

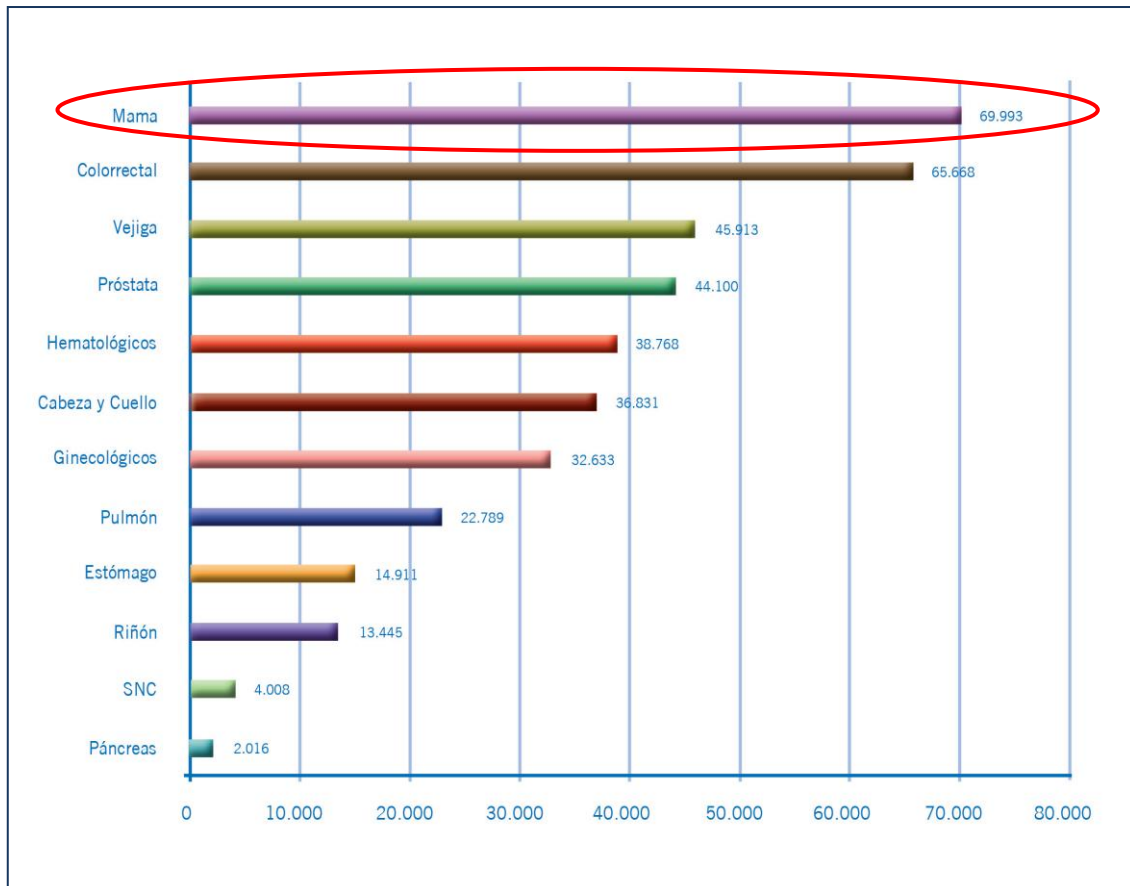
Se ha establecido dos apartados relativos a la prevalencia total y a la prevalencia a 5 años, por constituir dos categorías diferentes⁸.

2.1.1. Prevalencia total

La prevalencia total indica el número estimado de personas que tienen o han tenido cáncer actualmente. Según los datos más recientes, se calcula en más de 1.500.000 de personas, siguiendo las estimaciones realizadas a partir del cálculo de la prevalencia total del cáncer llevadas a cabo por el Instituto Nacional del Cáncer en EEUU, que ha realizado el Instituto Nacional del Cáncer^{8,11}.

2.1.2. Prevalencia a 5 años

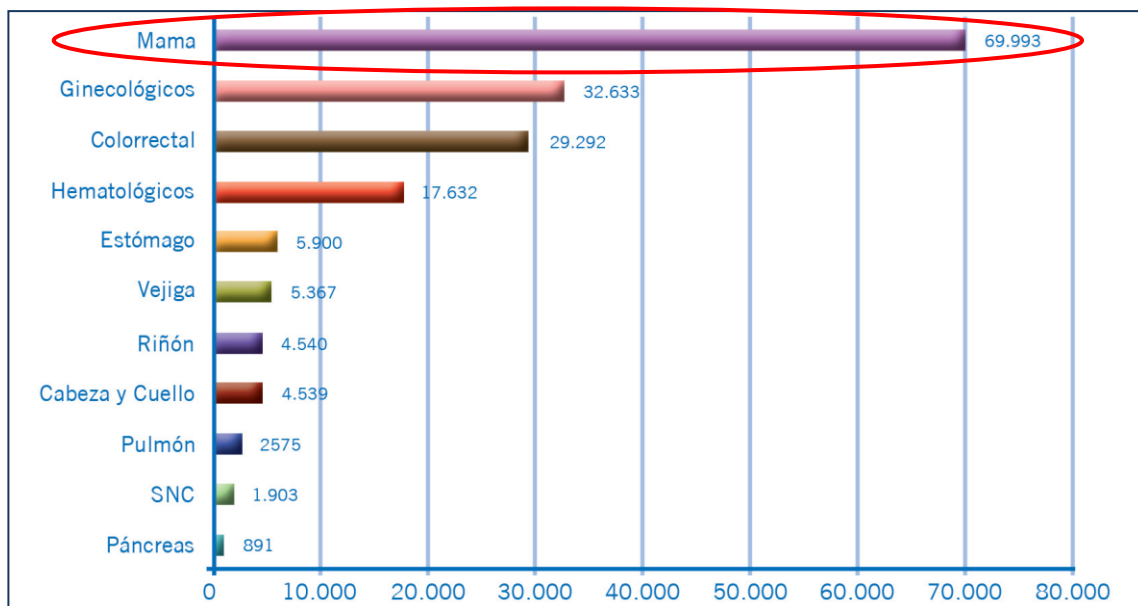
Los datos a 5 años incluyen pacientes diagnosticados en este periodo que permanecen vivos. La prevalencia del cáncer (excepto piel no melanoma) en España en este periodo de tiempo es de 449.118. El tumor más prevalente de forma global es el de mama seguido del colorrectal como se puede observar en el gráfico 1.

Gráfico 1. Prevalencia cáncer en España a 5 años.

Fuente: Globocan⁸

Se dan diferencias en la prevalencia a los 5 años, en función de la variable **sexo**.

- La Prevalencia en **hombres** es de **245.382**. El tumor más frecuente en varones es el de **próstata** seguido del de vejiga.
- La Prevalencia en **mujeres** es de **203.736**, siendo el tumor más prevalente el de **mama**, seguido de los tumores ginecológicos que incluyen los tumores de útero, ovario, trompa de Falopio y cérvix. Gráfico 2.

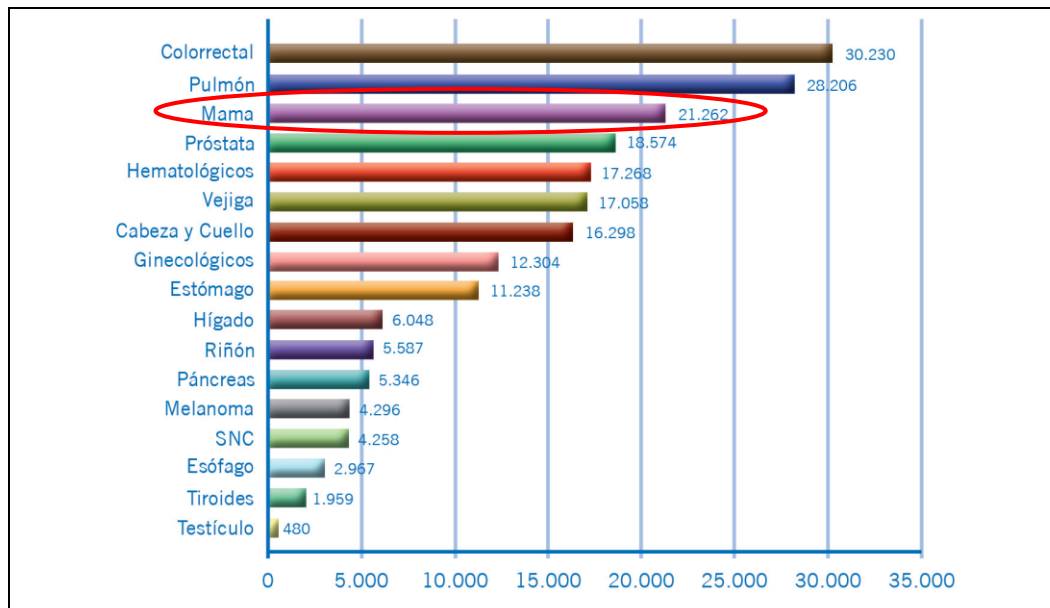
Gráfico 2. Prevalencia del cáncer en España. Mujeres

Fuente: Globocan⁸

2.1. Incidencia en España

Se define la incidencia como el número de casos nuevos diagnosticados en un periodo determinado, normalmente anual, en una población concreta. Así, en España, las previsiones para el año 2015 (excluyéndose los casos de cáncer de piel no melanoma), se han calculado atendiendo al crecimiento de la población, que según el Instituto Nacional de Estadística (INE), ascenderá a los 48.021.707 de personas (23.686.098 hombres y 24.335.609 mujeres)⁸.

Como podemos apreciar en el gráfico 3, la incidencia global prevista de cáncer para la población española en el año 2015 es de 222.069 personas, siendo el tipo más frecuente el cáncer colorrectal, por delante en términos globales, del cáncer de pulmón y el de mama⁸.

Gráfico 3. Incidencia de cáncer en España por tipo de tumor. Estimación 2015

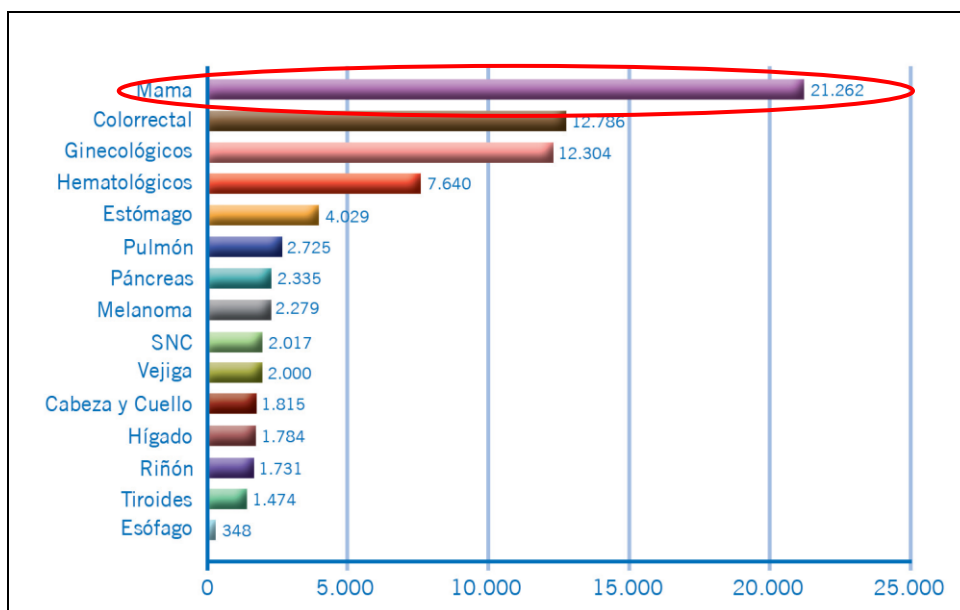
Fuente: Globocan⁸

2.2.1. Incidencia en hombres

En varones, la incidencia global de cáncer (excluyendo los casos de cáncer de piel no melanoma) calculada para el año 2015 es de 136.961 casos. El tipo de tumor más frecuente en varones será el cáncer de pulmón. Le siguen el cáncer de próstata, colorrectal y de vejiga.

2.2.2. Incidencia en mujeres

La incidencia global prevista de cáncer en mujeres españolas para el año 2015 es de 85.108. El tumor con mayor incidencia es el de mama, seguido de colorrectal y los tumores ginecológicos entre los que se incluyen los tumores de útero, ovario, trompas de Falopio y cáncer de cérvix. Gráfico 4.

Gráfico 4. Incidencia de cáncer en España. Mujeres, Estimación 2015

Fuente: Globocan⁸

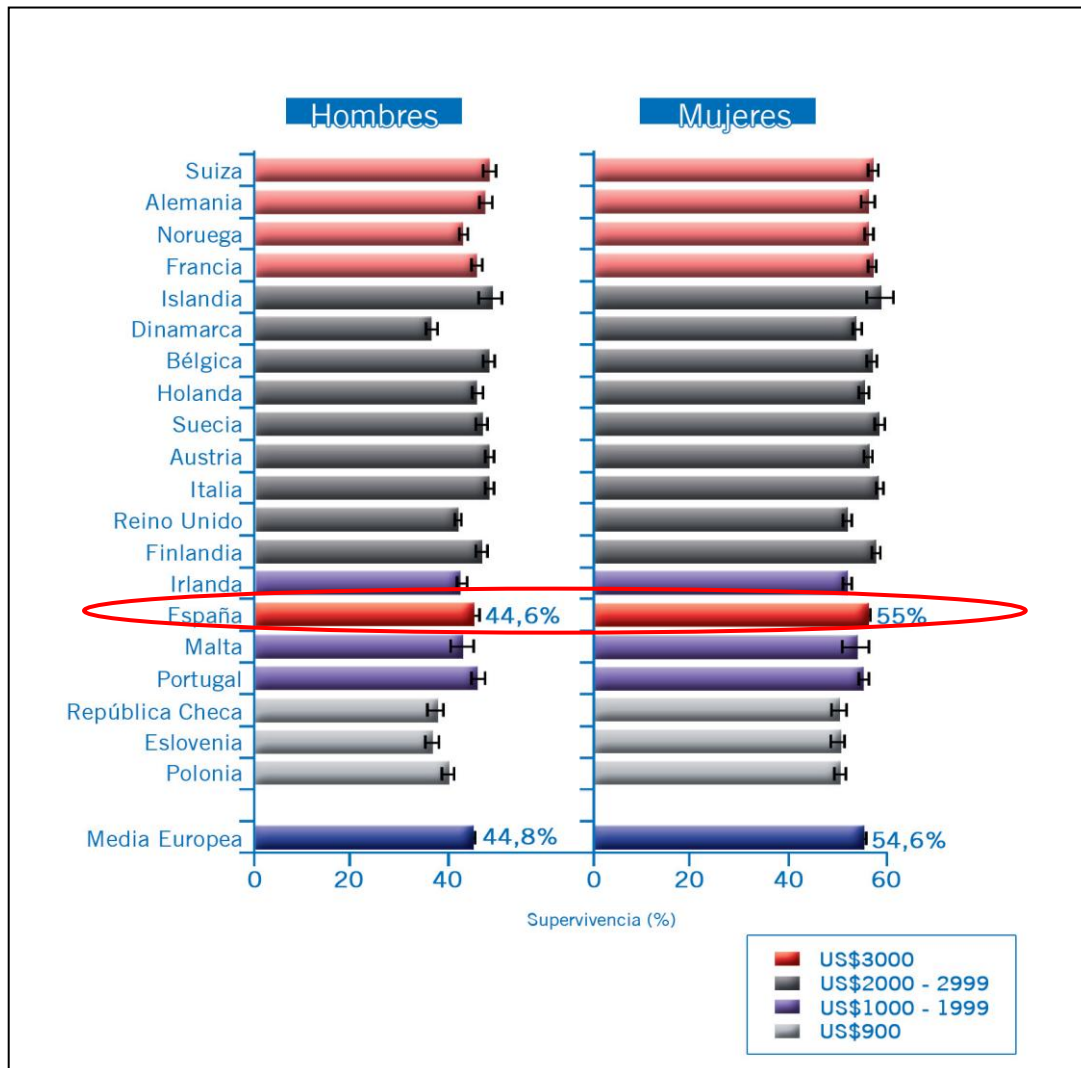
2.3. Supervivencia en España

Los datos de supervivencia se refieren a la proporción de supervivientes en un tiempo dado tras el diagnóstico. Es frecuente seguir la cifra convencional de 5 años. El estudio EURO CARE¹² (Registro de cáncer Europeo, basado en supervivencia y cuidados en pacientes con cáncer) incluye los datos de 23 países europeos que cuentan con registro de tumores. Cada uno de ellos cubre un porcentaje variable de población.

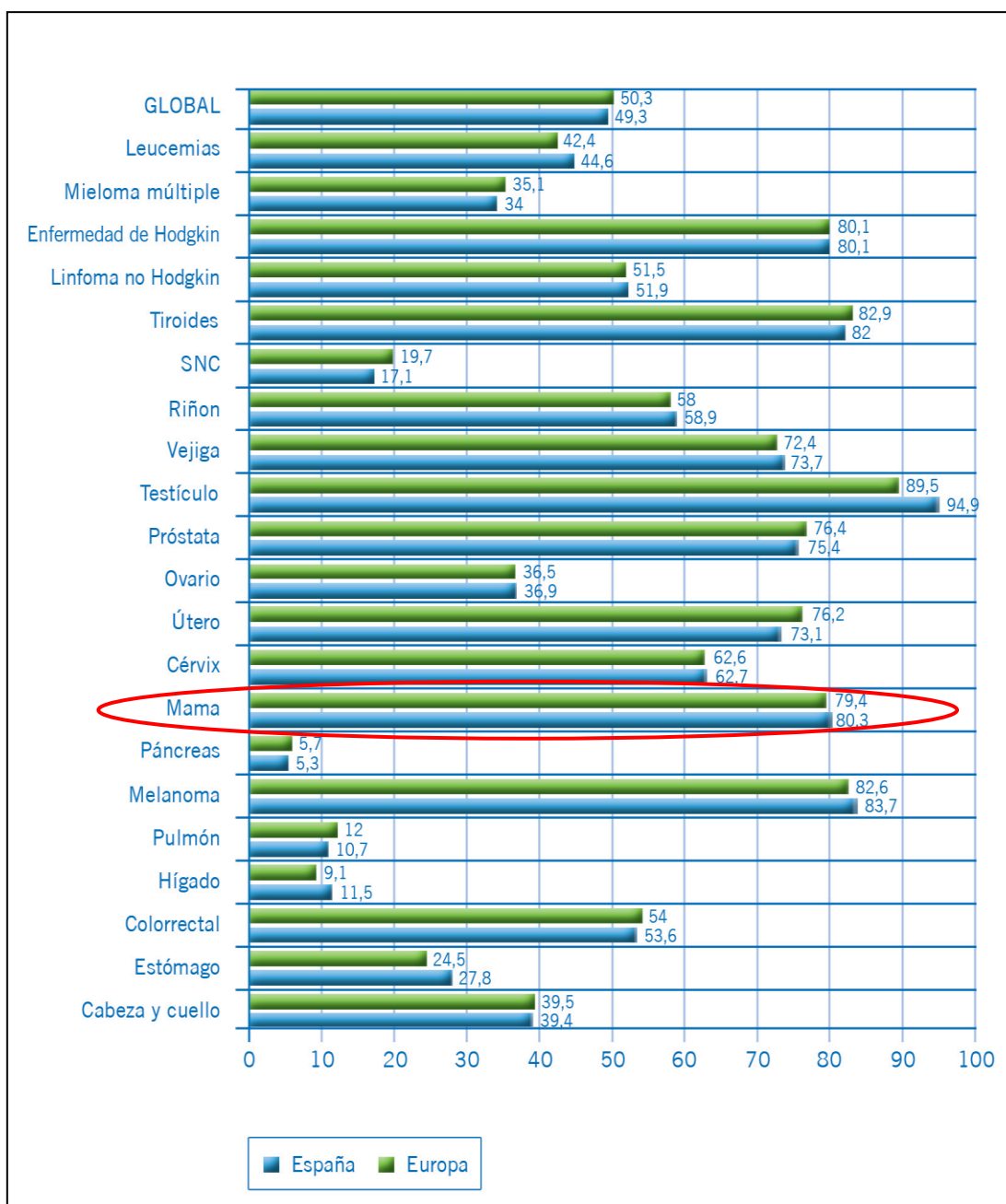
La supervivencia media estandarizada, en mujeres con cáncer de mama, según la edad en Europa, es del 93% pasado un año, y del 73% a los cinco años¹³. En España sobreviven a los 5 años el 83,9%, de las mujeres y a los 10 años el 71%¹⁴.

En España el registro cubre aproximadamente un 16% de la población. Como puede observarse en los gráficos 5 y 6, la supervivencia a 5 años en nuestro país, de todos los tipos de cáncer combinados, se encuentra dentro de la media europea.

Gráfico 5. Supervivencia a 5 años ajustada por edad de todos los tipos de cáncer combinados. Unión Europea.



Fuente: Estudio Eurocare¹²

Gráfico 6. Supervivencia a 5 años. España – Europa. Porcentajes

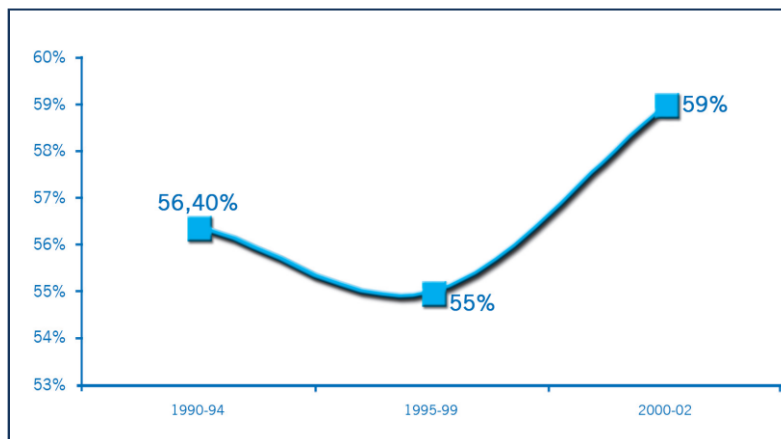
Fuente: European Journal of Cancer⁸.

2.3.1. Evolución de la supervivencia

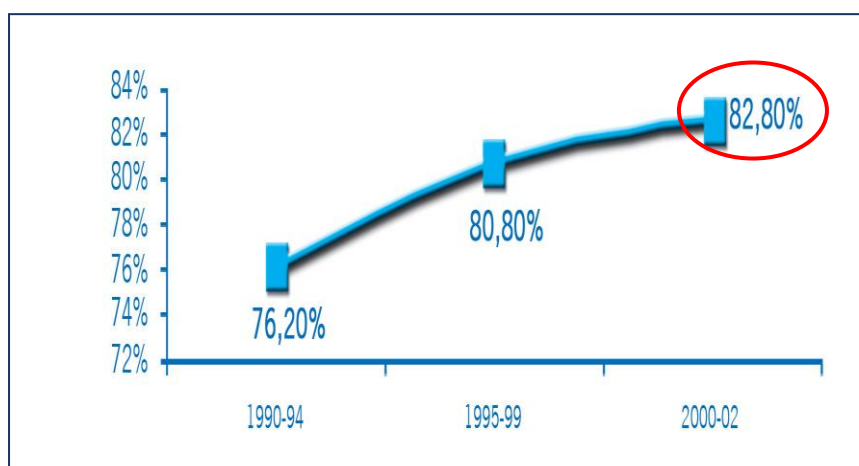
Los estudios EUROCARE¹² muestran una evolución positiva de la supervivencia en los varones españoles, desde los años 90 hasta la actualidad, con cifras cercanas al 50%.

Sin embargo, el estudio EUROCARE¹², constata que la supervivencia en las mujeres españolas, sufrió un descenso durante finales de los años 90, si bien, en la actualidad se obtiene una supervivencia de un 59%. El Gráfico 7, muestra la evolución de los datos desde 1990. En el gráfico 8 se muestra la supervivencia global del cáncer de mama en España.

Gráfico 7. Supervivencia global del cáncer en España. Mujeres



Fuente: Estudio Eurocare¹²

Gráfico 8. Supervivencia en España de pacientes con cáncer de mama

Fuente: Estudio Eurocare¹²

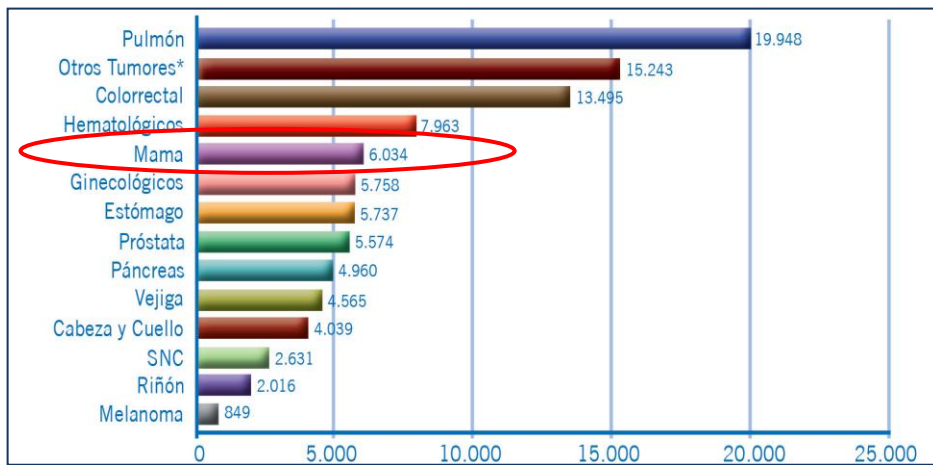
2.4. Mortalidad en España

La mortalidad es el número de defunciones en una población y en un tiempo determinado, habitualmente en el periodo de un año.

En 2007, el cáncer era señalado como la primera causa de muerte en varones y la segunda en mujeres (debido a que se cuenta como única causa las enfermedades cardiovasculares, no sólo cardiopatías isquémicas) lo que ha supuesto el 26% de las muertes de la población española: concretamente, el 31% de las muertes en varones y el 20% de las muertes en mujeres. No obstante, el riesgo de mortalidad por cáncer ha ido disminuyendo desde 1990 hasta 2007 considerablemente.

Los datos de mortalidad han sido tomados del Centro Nacional de Epidemiología, centro perteneciente al Instituto Carlos III, a partir de los datos de mortalidad por cáncer en España en el año 2007. Gráfico 9.

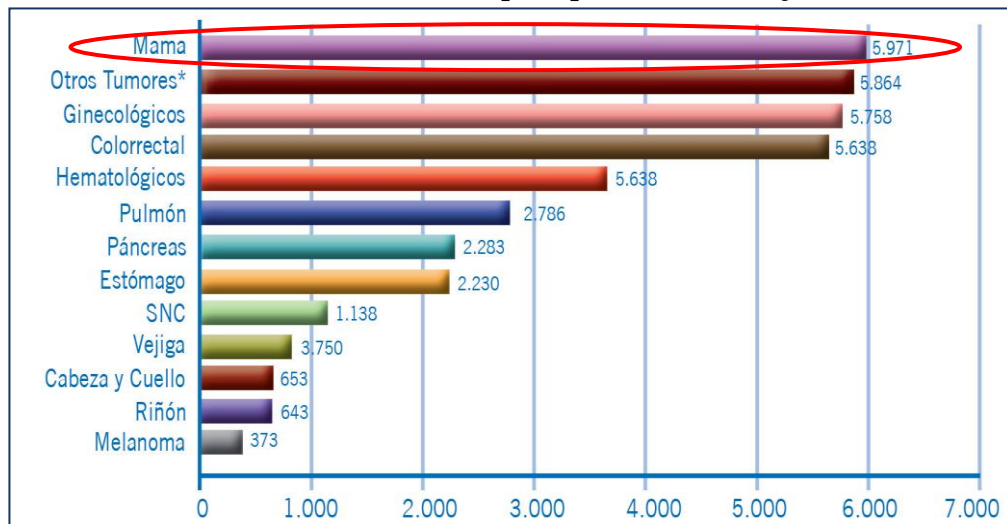
Gráfico 9. Mortalidad Global por tipo de tumor



*Otros tumores: hígado, vesícula, peritoneo, pleura, huesos, tejido conjuntivo, piel, testículo, tiroides, tumores mal definidos, esófago e intestino delgado.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III⁸

Gráfico 10. Mortalidad por tipo de tumor. Mujeres



*Otros tumores: hígado, vesícula, peritoneo, pleura, huesos, tejido conjuntivo, piel, testículo, tiroides, tumores mal definidos, esófago e intestino delgado.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III⁸

3. CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el tumor más frecuente a nivel mundial. Se estima que en el mundo cada año un total aproximado de un 1,1 millones de mujeres son diagnosticadas de este cáncer, representando un 10% del total de nuevos diagnósticos oncológicos. El colectivo de mujeres con dicho diagnóstico integra el grupo de sobrevivientes oncológicas de género femenino más numeroso. El aumento a nivel internacional de sobrevivientes de cáncer de mama, refleja el aumento en las tasas de incidencia de la enfermedad, el diagnóstico de la misma mayormente en estadios iniciales que permiten mejor evolución y pronóstico, y la adopción generalizada de tratamientos adyuvantes efectivos¹⁵.

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres españolas⁹. Este cáncer es una enfermedad que ha progresado durante los últimos veinte años, con respecto a la supervivencia de las mujeres. Muchas de estas mejoras están vinculadas a los adelantos del tratamiento, a la mejora del método de detección y a la adopción de un enfoque multiprofesional para su tratamiento⁴.

Los éxitos en la investigación y el tratamiento en el cáncer de mama han conducido a un aumento en el número de sobrevivientes. El efecto de estos procedimientos y tratamientos es devastador tanto para el paciente como para la familia, no solamente desde el punto de vista físico y psicológico; sino en todas las esferas holísticas del ser humano. El manejo integral del paciente oncológico, durante todas y cada una de las etapas de su enfermedad demanda por parte del profesional de Enfermería conocimientos científicos específicos, además de un entrenamiento especial para su desempeño en las diferentes áreas relacionadas con la atención de este tipo de pacientes³.

El diagnóstico de la enfermedad en estadio inicial es cada vez más frecuente, lo que permite a las mujeres distintas opciones de tratamiento que varían desde la

conservación de la mama a la mastectomía¹⁶. Sin embargo, destacamos que algunos estudios concluyen que el autoexamen de mama no disminuye las muertes por cáncer de mama¹⁷.

Dado que la mayoría de los cánceres de mama se diagnostican en un estadio inicial, el tratamiento se centra en la curación y la prevención de la recidiva debido a enfermedad micrometastásica. La base de la atención es el tratamiento local, que consiste en la cirugía (con o sin radioterapia), junto con el tratamiento adyuvante sistémico, que incluye quimioterapia (agentes citotóxicos), tratamiento hormonal o una combinación de estos tratamientos¹⁶. El principal objetivo del tratamiento es la supervivencia, pero al mismo tiempo el tratamiento de los síntomas y la CV de estas mujeres también cobran importancia¹⁸.

Como se ha mencionado anteriormente, se debería incidir más en la atención sanitaria después del tratamiento primario, puesto que cada vez hay más mujeres que superan esta enfermedad.

El seguimiento se centra en la rehabilitación física y psicosocial, la monitorización de la efectividad del tratamiento que reúne la toxicidad a corto y largo plazo, y la detección de recidivas o cánceres nuevos. Sin embargo, en la práctica real, la atención de seguimiento se ofrece con el objetivo principal de detectar recidivas distantes en un estadio inicial, para poder comenzar el tratamiento de cualquier recaída¹⁹.

En una revisión sistemática, realizada por Rojas *et al.*¹⁹ que analizaba ensayos clínicos, se encontró que los programas de seguimiento basados en el examen físico regular y la mamografía anual parecen ser tan eficaces como los enfoques más intensivos. Esto se midió mediante la detección de las recidivas del cáncer, la supervivencia general y la CV.

A continuación presentamos en detalle alguno de los datos y conceptos más relevantes de este problema de salud que permitirá concretar el marco teórico sobre el que se construye el estudio propuesto.

3.1. Epidemiología

3.1.1. Incidencia

Según datos estadísticos de la Asociación Española Contra el Cáncer de Mama¹ (AECC), este es el tumor más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. En el año 2008 se diagnosticaron aproximadamente 1.380.000 casos nuevos. Considerando ambos sexos, es el segundo, después del cáncer de pulmón.

3.1.1.1. Incidencia en España

A pesar de todo, la incidencia en España es baja, siendo menor que la de países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Países Bajos, Bélgica, Alemania, Francia y Suiza. Es similar al resto de países de Europa Mediterránea, Centroeuropeos, Portugal e Irlanda¹.

En nuestro país se diagnostican unos 22.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino. La mayoría de los casos se identifican en margen de edad que va de los 35 a los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. No obstante, no disponemos de un sistema nacional de registro de tumores lo que nos permitiría conocer las cifras exactas¹.

Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en España y en el mundo, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz. Este aumento se estima entre un 1 y un 2% anual manteniéndose constante desde 1960 en Estados Unidos.

Una de cada tres mujeres españolas diagnosticadas de cáncer de mama tiene menos de 45 años, una incidencia que va aumentando cada año como consecuencia del retraso en la maternidad y los cambios sociales y culturales²⁰.

La distribución geográfica de incidencia en España es notablemente variable según las provincias. Así en Cataluña la tasa es de 83,9 casos /100.000 habitantes, mientras que la media nacional se sitúa en 50,9 casos /100.000 habitantes¹.

Según la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)²¹ en el Proyecto GLOBOCAN presentaron la estimación de los datos de incidencia por 100.000 habitantes en la población global en España. En referencia al cáncer de mama la estimación de incidencia del año 2012 era de 22.027 mujeres y 61.0 el ratio/100.000 habitantes.

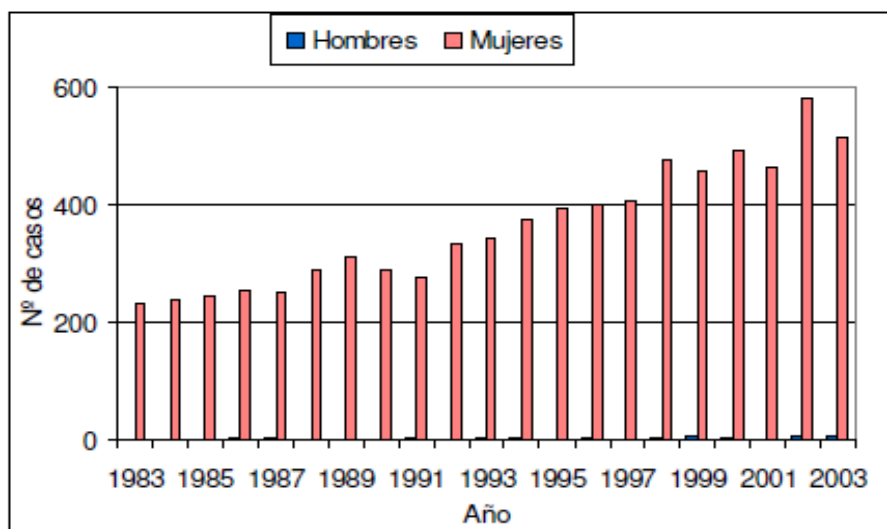
3.1.1.2. Incidencia en la Región de Murcia

Cada año 560 mujeres son diagnosticadas de cáncer de mama, es decir, dos mujeres cada día, en la Región de Murcia²².

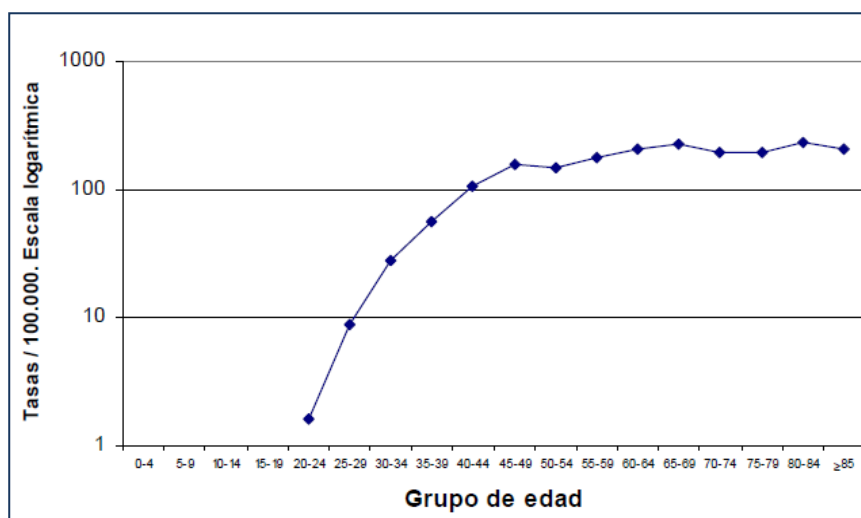
La tasa de incidencia durante el periodo 2003-2007 fue de 85 casos por cada 100.000 mujeres, situándose en la media de las regiones españolas que disponen dicha información basada en registros poblacionales de cáncer. El 41% de ellas tenían entre 50 y 69 años de edad. Gráficos 11 y 12.

La tasa ajustada a la población europea estándar (PEE) es de 80 y la ajustada a la población mundial estándar (PME) de 60/100.000.

Matizar que los datos estadísticos son los periodos más recientes analizados en la Región de Murcia.

Gráfico 11. Número de casos por año y sexo. Región de Murcia 1983-2003

Fuente: Casos y Tasas de Incidencia de Cáncer en la Región de Murcia 1983-2003²³.

Gráfico 12. Tasas de incidencia por edad. Región de Murcia 2003-2007

Fuente: Consejería de Sanidad y Política Social, 2012²².

Aunque hasta ahora no ha sido posible reducir su incidencia en la Región, se han producido mejoras en el tratamiento y la detección temprana, como el sistema de diagnóstico por imagen “Mammi”, diseñado en 2011, capaz de detectar la patología hasta un año antes que los equipos de diagnóstico convencionales. En conjunto ha disminuido la mortalidad provocada por esta enfermedad^{24,25}.

3.1.2. Supervivencia

La supervivencia, es un concepto nuevo en el ámbito de la investigación enfermera. Según Leigh²⁶, un superviviente a largo plazo es aquel “*paciente que ha sobrevivido durante cinco años o más tras su diagnóstico o tras finalizar los tratamientos*”.

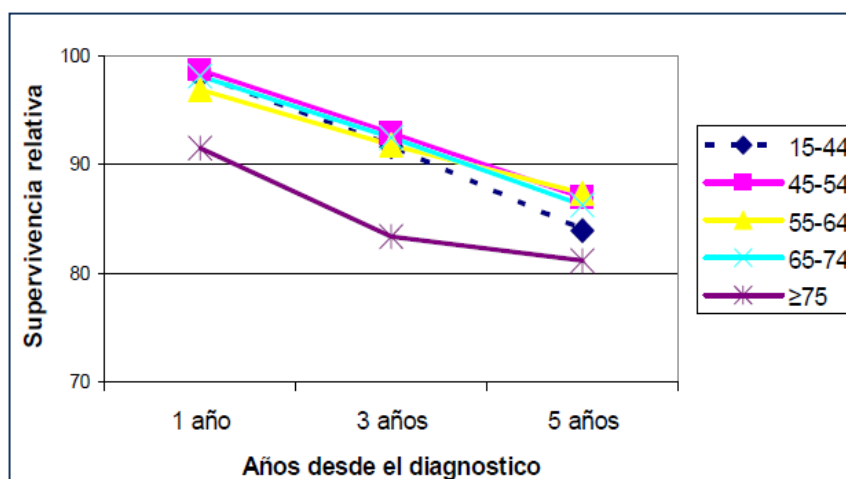
Se identifica el periodo de cinco años como punto de referencia para hablar de superviviente a largo plazo porque se ha demostrado que las recidivas del cáncer son más frecuentes en los primeros cinco años post-diagnóstico^{27,28}. Así, en el presente trabajo el término “mujeres supervivientes”, hace referencia *aquellas mujeres que han vivido cinco años o más sin evidencia de enfermedad, tras haber sido diagnosticada de cáncer de mama*.

El 78% de las mujeres que padecen cáncer de mama en España, sobreviven más de 5 años. Se trata de una supervivencia global, sin tener en cuenta la edad, tipo histológico o fase de la enfermedad. Estos datos indican una media superior a la media Europea, que se sitúa en el 76%, y próxima a la de países muy desarrollados, como Francia, Suecia, Islandia o EEUU.

La supervivencia ha mejorado notablemente en la última década (64% para casos diagnosticados entre 1980 y 1985, y 78% para los diagnosticados entre 1990 y 1994), y se espera que esta tendencia continúe¹.

Entre los años noventa y la primera década del 2000 se ha observado un aumento de más del 8% en la Región de Murcia. En los casos de los años 2000 al 2003 la supervivencia es del 79%. Al año del diagnóstico, la supervivencia es del 95%²². Gráfico 13.

Gráfico 13. Supervivencia por grupo de edad. Región de Murcia 2000-2003



Fuente: Consejería de Sanidad y Política Social²².

3.1.3. Mortalidad

La AECC¹, señala que este tipo de cáncer se asocia con unas 411.000 muertes en todo el mundo en el año 2002, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres (14% del total de fallecimientos por tumores malignos). Al considerar ambos sexos, sólo le superan los cánceres de pulmón, estómago y colorrectales.

La mortalidad es más alta en los países desarrollados. Igual que para la incidencia, la mortalidad por cáncer de mama en España es de las más bajas dentro de estos últimos: la tasa ajustada mundial en 2002 es de 15,9

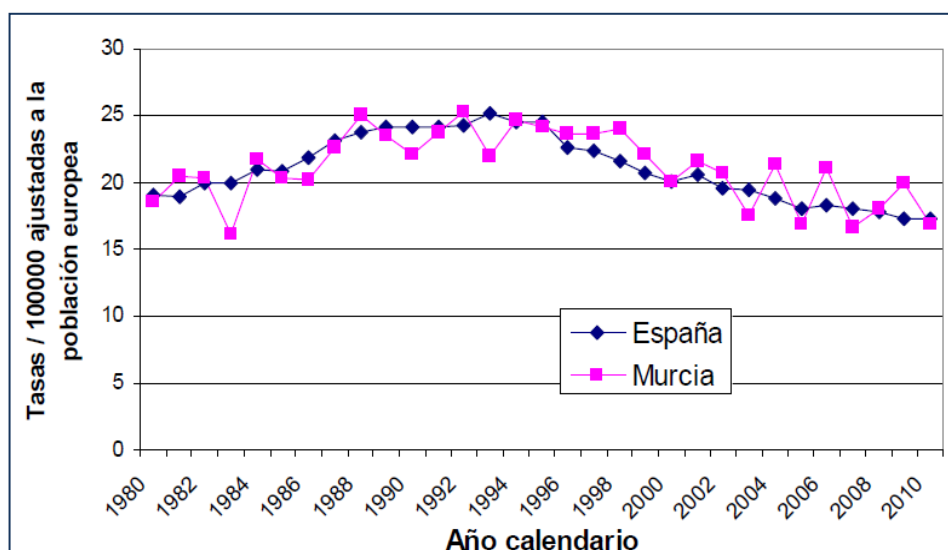
fallecimientos/100.000 h/año. Según la SEOM²¹ la estimación de la mortalidad del año 2012 es de 6008 mujeres y 12.9 el ratio/100.000 habitantes.

En España fallecen unas 6000 mujeres al año por cáncer de mama, lo que representa el 16,7% de todos los fallecimientos por cáncer del sexo femenino en nuestro país, y el 3,3% del total de muertes entre las mujeres. La edad media en España es de 66 años.

3.1.3.1. Mortalidad en la Región de Murcia

La mortalidad por cáncer de mama en Murcia^{22,29} representa el 16% del total de las muertes por cáncer. Cada año fallecen 180 mujeres por cáncer de mama en Murcia. Gráfico 14.

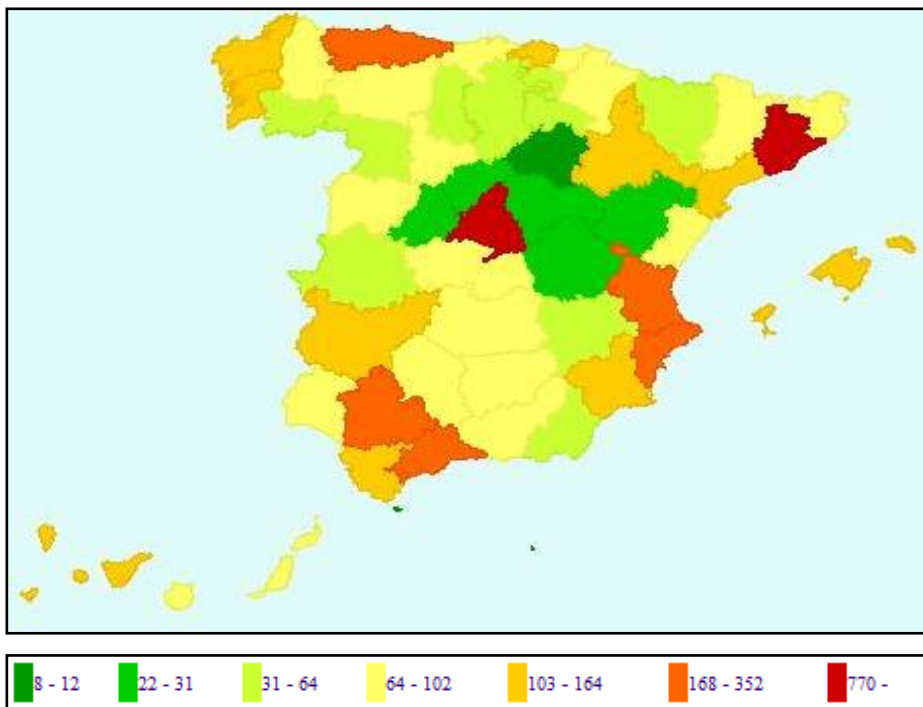
Las tasas de mortalidad ajustadas a la población europea estándar (PEE) tanto en España como en la región de Murcia desde 1980 a 2010 han oscilado entre 17 y 25/100.000 mujeres. Las cifras más elevadas se han observado a mediados de los años noventa, con un máximo en España en 1993 y en la Región de Murcia en 1992, momento a partir del cual las tasas de mortalidad inician un descenso continuado hasta 2010. La mortalidad al final del periodo analizado es menor que al inicio del periodo.

Gráfico 14. Tasas de mortalidad. España y Murcia 1980-2010

Fuente: Consejería de Sanidad y Política Social²².

Mientras que el número de casos y las tasas de incidencia aumentan lentamente, el número de muertes está estabilizado en nuestro país, y las tasas de mortalidad descienden, debido sobre todo a un mejor resultado de los tratamientos¹.

La mortalidad por cáncer de mama en España comenzó a descender en el año 1992, a un ritmo del 2% anual. Este patrón de disminución afecta a todas las Comunidades Autónomas (CCAA), aunque el inicio del descenso se produce en distintos momentos, el más acusado se produce en Navarra, siendo de un 8% anual a partir de 1995, seguido de la Rioja y Castilla-León. Navarra fue la primera Comunidad Autónoma que implantó un programa de diagnóstico precoz en 1990. Sin embargo, a pesar de este descenso, es el tumor que más muertes produce². Figura 1.

Figura 1. Cáncer de mama. Número de defunciones año 2008 por CCAA

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

3.2. Factores de riesgo y protectores

Los factores de riesgo más importantes en el cáncer de mama son pertenecer al sexo femenino y la edad. Es importante señalar que la mayoría de las mujeres que lo sufren no tienen factores de riesgo identificables. Los principales son¹³:

3.2.1. Factores de riesgo

- **La edad:** es el factor de riesgo más importante, a mayor edad, mayor es la probabilidad de padecerlo⁹.

- **Historia familiar:** Los familiares en primer grado con cáncer de mama triplican las posibilidades de padecer el mismo cáncer, sobre todo si se ha diagnosticado en edad premenopáusicas; la presencia de cáncer de mama en familiares de 2º grado también aumenta el riesgo.
- **Factor hereditario:** son aproximadamente el 8% de todos los casos de cáncer de mama. La mitad de los casos se atribuyen a la mutación en dos genes de susceptibilidad de cáncer de mama: el BRCA1 y BRCA2. Se presenta con más frecuencia en mujeres premenopáusicas y de manera preferentemente bilateral.
- **Historia personal.** Las enfermedades benignas de la mama como las lesiones proliferativas no atípicas, la hiperplasia atípica, el carcinoma de mama previo, ya sea infiltrante o in situ, y el carcinoma de endometrio son factores de riesgo.
- **Dieta:** Las variaciones internacionales en el cáncer de mama parecen estar correlacionadas con las diferencias en la dieta, especialmente el consumo de alcohol y grasas. Se está estudiando la posible asociación con exposición química, radioterapia, consumo de alcohol, obesidad e inactividad física.

La obesidad se encuentra íntimamente asociada con el cáncer de mama, incrementan el riesgo de todas las causas de morbi-mortalidad y sobre todo de mortalidad por cáncer. La relación entre exceso de peso corporal y la aparición de cáncer de mama es compleja; se conocen resultados de un análisis llevado a cabo en nueve países europeos con una muestra de 176.886 mujeres en el que se observó entre las mujeres premenopáusicas una asociación entre el IMC y la circunferencia de cintura, con la aparición de tumores receptores de estrógenos positivos^{30,31}.

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que realizar una actividad física constante reduce el riesgo, hasta de un 10-30%, de presentar algunos tipos de cáncer, como el de colon, de endometrio, de próstata, de

páncreas y de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas y, posiblemente, premenopáusicas. Las recomendaciones actuales de actividad física son de 30-60 minutos diarios y con una intensidad de moderada a vigorosa³².

- **Factores hormonales:** El riesgo de cáncer de mama está en relación con el estímulo estrogénico y un mayor número de ciclos ovulatorios, por tanto la menarquia precoz (antes de los 12 años), la menopausia tardía (después de los 55) y la nuliparidad o un menor número de embarazos aumentarían el riesgo de cáncer de mama³³.

3.2.2. Factores protectores

La multiparidad, un primer embarazo precoz (antes de los 30 años. Una de cada tres mujeres españolas con cáncer de mama tiene menos de 45 años, como consecuencia del retraso en la maternidad y los cambios sociales y culturales²⁰), lactación, ovariectomía premenopáusica, consumo de frutas y vegetales y los tratamientos con Tamoxifeno y Raloxifeno.

La actividad física de forma global, en mujeres jóvenes disminuye el riesgo de cáncer mama en un 20%. En las mujeres postmenopáusicas el efecto protector es mayor³⁴.

3.2.3. Factores que no han demostrado efectos sobre el riesgo de cáncer de mama²⁴

Existe una serie de factores, para los que no hay pruebas que permitan establecer una asociación con el riesgo. Esto podría ser debido a que no exista riesgo, a los estudios de mala calidad, o de los resultados del estudio en conflicto. Estos factores incluyen:

- La interrupción del embarazo o aborto.
- El consumo de tabaco.
- La exposición al humo de tabaco ambiental.
- Contaminantes del medio ambiente.
- Usar un sostén o los diferentes tipos de sostén.
- Los implantes de silicona.
- El uso de desodorante.
- El estrés.

4. ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

La relación entre enfermería y la salud es evidente. La disciplina enfermera ha sido reconocida históricamente como un servicio de salud, ya que ésta ha sido una meta de los cuidados enfermeros se haya explicitado o no. Esta importancia deriva fundamentalmente de su papel en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud desde una visión integral e integradora, también de su posición privilegiada para ayudar a las personas a conseguir y mantener estados de salud óptimos².

Enfermería como profesión tiene un papel central en todas las fases de la trayectoria del cáncer, incluyendo la supervivencia. Las enfermeras oncológicas tienen oportunidades únicas para ayudar a las mujeres con cáncer de mama porque trabajan en una variedad de contextos, tales como hospitales, entornos comunitarios de salud y viviendas.

Por otra parte, las enfermeras de oncología son a menudo los profesionales de la salud a las que las mujeres visitan después de terminar los tratamientos. A pesar de la aportación de las enfermeras en la supervivencia al cáncer, no se han encontrado muchos estudios en la literatura científica realizados desde la disciplina enfermera. Por tanto, esta investigación resulta interesante desde la perspectiva del conocimiento que puede aportar para comprender las necesidades de las mujeres supervivientes a largo plazo. Por lo tanto, quizá no sea sorprendente que gran parte de la investigación llevada a cabo con las supervivientes de cáncer ofrezca escasos detalles sobre el tipo de intervención y los cuidados realizados por las enfermeras de oncología. Tampoco su grado de eficacia.

Surge así la necesidad de futuras investigaciones que evidencien las necesidades insatisfechas de las mujeres supervivientes a largo plazo de cáncer de

mama, y determinar la particular contribución de las enfermeras al cuidado de estas mujeres²⁷.

4.1. Necesidades emocionales y de información

Las necesidades emocionales de las mujeres son a menudo satisfechas por grupos de apoyo o de autoayuda. Se requiere un cuidado continuo después de la finalización del tratamiento médico, y las enfermeras tienen una importante contribución en este sentido.

Sólo unos pocos estudios han examinado las necesidades emocionales de las supervivientes a largo plazo de cáncer de mama. Gray, en la revisión sistemática realizada por la enfermera Cristina G. Vivar y Anne McQueen²⁷, llevó a cabo nueve grupos focales para identificar las necesidades de información y preferencias de las supervivientes durante 4 años o más, después del diagnóstico. Surgieron dos grandes categorías: a) el contexto dentro del cual las mujeres solicitaron la información, y b) el contenido de la información deseado y buscado.

Algunos temas relacionados con el contexto fueron: el impacto actual de las mujeres en su experiencia inicial de la enfermedad y el miedo constante de recurrencia; la falta de información y comprensión acerca de los tratamientos, y preocupaciones relacionadas con la comunicación con los profesionales sanitarios.

Los temas importantes relacionados con las cuestiones de contenido fueron: falta de información sobre los protocolos de seguimiento, el tamoxifeno, la detección de síntomas de recurrencia, la prevención para las hijas, y estilo de vida. Los resultados muestran que las supervivientes a largo plazo de cáncer de mama pueden seguir teniendo necesidades de información y que éstas no están siendo satisfechas por los médicos y los equipos de oncología. La falta de apoyo médico lleva a las mujeres a buscar fuentes complementarias de información, tales como libros, medios de comunicación, Internet y grupos de auto-ayuda.

Por otro lado, Wilson, en esta misma revisión²⁷ estudió la manera de mejorar las vidas de las sobrevivientes de cáncer de mama en las comunidades de Washington y sugirió grupos de discusión en un intento de satisfacer sus necesidades. La muestra incluyó a 128 mujeres entre 25 y 77 años de edad, y con un tiempo de supervivencia de 1 a 32 años. Sus resultados coinciden con los de Gray con relación a que las necesidades de muchas mujeres no se estaban cumpliendo. Por otra parte, uno de los hallazgos más importantes que surgieron del estudio de Wilson fue la diferencia entre las mujeres diagnosticadas con cáncer en etapa tardía y las diagnosticadas en etapa temprana. La necesidad de apoyo prestado y de servicios educativos fueron demandadas por todas las mujeres, y en particular por aquellas con enfermedad en etapa tardía.

No hay duda de que los estudios anteriores han ampliado los conocimientos de las necesidades de este grupo de mujeres y han demostrado que la mayoría de ellas necesitan prolongar su apoyo emocional e informativo.

4.1.1. Diferencias relacionadas con la edad

La literatura sobre la supervivencia a corto plazo del cáncer de mama ha demostrado que la edad de diagnóstico tiene un impacto en la proceso de recuperación. Sólo unos pocos artículos se han referido al impacto de cambios relacionados con la edad en sobrevivientes de cáncer de mama a largo plazo.

En la revisión sistemática realizada por Vivar y McQueen²⁷, revelan las conclusiones sobre los grupos de edad, a las que llegaron tres estudios que desarrollamos a continuación.

- Lindop y Cannon encontraron diferencias entre las mujeres en diferentes rangos de edad y en diferentes puntos de la trayectoria del cáncer. En su estudio dividieron, el grupo de edad más joven (20-45 años), el grupo de mediana edad (46-53 años) y el grupo de mayor edad (54 años o más). Por

ejemplo, la imagen corporal y la feminidad eran importantes para el grupo de mediana edad.

- Un estudio americano realizado por Cimprich *et al.* comparó el impacto del cáncer de mama en la supervivencia a largo plazo entre los grupos de edad. Las mujeres que habían sido diagnosticadas a una edad avanzada expresaron peor bienestar físico que las que se diagnosticaban en una edad más temprana o en edad mediana. En el ámbito social, las mujeres jóvenes expresaron un mayor impacto sobre la sexualidad y el desorden de la familia, que las de los otros dos grupos. En el ámbito psicológico, las mujeres de todos los grupos de edad expresaron temores moderados de recurrencia y desarrollo de un segundo tipo de cáncer. En el aspecto espiritual, las mujeres de edad avanzada informaron haber tenido menos cambios positivos como resultado del diagnóstico que las mujeres más jóvenes. Por otro lado, las mujeres de mediana edad alcanzaron mejor CV en general, que las de menor edad. Este estudio fue el único diseñado para explorar las diferencias específicas entre las jóvenes y las mayores supervivientes a largo plazo del cáncer de mama en la calidad global de la vida.

- El tercer estudio que explora cualitativamente las necesidades comunes y únicas de jóvenes y mayores supervivientes, fue el realizado en Australia por Thewes *et al.* Para reunir datos cualitativos sobre las necesidades psicosociales insatisfechas tanto de las jóvenes y mayores supervivientes de cáncer de mama, se llevaron a cabo 18 entrevistas telefónicas. Fueron identificadas tres áreas de principal interés: a) impacto del cáncer; b) necesidades psicosociales y de apoyo; y c) necesidades de información. Considerando que algunas de las necesidades psicosociales eran compartidas por ambos grupos, otras parecían ser exclusivas de ciertos grupos de edad. La mayoría de las mujeres manifestaron una carencia de estar seguras de que los efectos tardíos causados por anteriores tratamientos antitumorales, tales como dolores o la fatiga, no eran un signo de recurrencia. Las más jóvenes y las mujeres mayores también

expresaron la carencia de estar informadas acerca de cómo hacer frente a problemas físicos, así como los problemas en el brazo. En general, las jóvenes supervivientes manifestaron estar insatisfechas las necesidades en relación con la menopausia y los problemas de fertilidad, más que las mujeres mayores. Por otra parte, algunas mujeres jóvenes expresaron la falta de más información y asesoramiento sobre los cambios en sus actividades de trabajo. Por el contrario, otras supervivientes al cáncer de mama de edad avanzada manifestaron la necesidad de no recibir esta información. En cuanto al funcionamiento psicológico, las jóvenes supervivientes reportaron más necesidad de apoyo emocional por parte de los profesionales que las mujeres mayores²⁷.

4.1.2. El apoyo a las supervivientes de cáncer de mama

Como ya se ha mencionado anteriormente, en este trabajo el término superviviente hace referencia a aquellas mujeres que han vivido más de cinco años sin evidencia de enfermedad tras haber sido diagnosticada de cáncer de mama.

Aunque se han encontrado escasas investigaciones que aborden estas variables, algunos estudios han concluido que las supervivientes de cáncer de mama experimentan consecuencias físicas y psicosociales que pueden incluso empeorar con el tiempo, y que los profesionales de la salud no proporcionan el apoyo que estas mujeres requieren.

Por ello consideramos, que las mujeres pueden perder la atención especial e individualizada que tenían cuando fueron sometidas a tratamiento. En consecuencia, pueden sufrir sentimientos de abandono. Las supervivientes, pueden sentir que no son apoyadas por los profesionales de la salud. Como resultado, aquellas mujeres que tienen falta de información y sus necesidades emocionales no son atendidas de manera satisfactoria por los sistemas de atención médica formal, tienen que encontrar otras fuentes de apoyo. Familia, amigos y

grupos de autoayuda ofrecen alternativas y servicios complementarios a los proporcionados por el estado. Los grupos de apoyo están formados por los usuarios que reciben ayuda y los profesionales de la salud que brindan la ayuda, y los grupos de auto-ayuda están formados por miembros que pueden ser donantes de ayuda y los beneficiarios.

4.2. Calidad de vida relacionada con la salud

En las últimas décadas, el concepto de CV se ha convertido crecientemente en un área de especial interés para la investigación en diversos campos. La investigación sobre CV ha crecido significativamente desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo. Su importancia reside en que proporciona una estructura aglutinadora centrada en la persona (o en la familia), y un conjunto de principios para incrementar el bienestar subjetivo y psicológico de las personas.

En el *Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales* se definen las dimensiones básicas de CV como “*un conjunto de factores que componen el bienestar personal*”³⁵. Este manual establece ocho dimensiones básicas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

En el artículo de María Ángeles Burgos, *et al.*⁵ aparece la definición de CV según Font, quien la entiende como “*la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud*”. Estos aspectos serían los del funcionamiento físico, psicológico, social, los síntomas de la enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos.

En 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió CV como la “*percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones*”.

El Grupo *The World Health Organization Quality of Life Instruments* (WHOQOL), establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), aceptadas por diversos grupos de investigación. Estas medidas deben ser⁷:

- **Subjetivas**: recoger la percepción de la persona involucrada.
- **Multidimensionales**: revelar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.
- **Incluir** sentimientos positivos y negativos.
- **Registrar la variabilidad en el tiempo**: la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.
- La definición de la OMS, adicionalmente, hace un aporte extremadamente valioso, al enfatizar la importancia para la auto-evaluación de los factores culturales.

La OMS³⁶, en su Carta Constitucional de 1948, propuso una definición amplia de salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad*”. Esta definición ha sido cuestionada desde distintos ámbitos, unos consideran que no es práctica, otros la ven como una meta y otros consideran que no es alcanzable. Sin embargo, incluye tres características que podemos considerar innovadoras: refleja un concepto de individuo como persona con un enfoque global, incluyendo la dimensión mental, social y ambiental, y asocia la salud con el ser productivo y creativo.

El debate conceptual al que dio lugar esta definición ha tenido como crítica fundamental su carácter utópico, puesto que se trata más de un deseo que de una realidad alcanzable. Aún así se considera insuficiente ya que cada persona tiene sus normas para evaluar su propio estado de salud, es decir la apreciación de cada persona respecto a cómo se siente y su capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Este carácter utópico ha sido abandonado progresivamente y se ha ido vinculando a través de sucesivas recomendaciones a una concepción de la salud dinámica e interdependiente, desde la que es posible alcanzar un nivel de salud que permita hacer frente a los condicionales medioambientales. Para ello insta a gobiernos a trabajar a favor de la salud y a la responsabilidad social en la consecución de metas saludables².

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud estableció una meta en la que se encuentran implicados todos los países miembros de la OMS, y que está relacionada con la consecución progresiva de un nivel de salud para todos los ciudadanos del mundo, que les permita desarrollar una vida social y económicamente satisfactoria. Esta estrategia fue definida en Alma-Ata en 1978 y confirmada en la Asamblea Mundial de 1979 por todos los Estados miembros².

En la publicación de Salas y Grisales³⁷, DeBoer, se refiere al estudio de la CVRS como la evaluación de los “*efectos que una enfermedad y su tratamiento ocasionan en la vida de los pacientes*”. Este concepto, aunque se analiza generalmente desde un enfoque clínico postratamiento para valorar los resultados de las intervenciones, también permite realizar un análisis muy importante no sólo de las repercusiones físicas sino también de los cambios relacionados con el comportamiento y estado de ánimo que presenta una persona después de un diagnóstico, por ejemplo de cáncer, y muestra una nueva preocupación, ya no sólo por la eliminación de la enfermedad, sino también por el mejoramiento de la CV de las personas.

La CV de la mujer se ve afectada notablemente después del diagnóstico de cáncer de mama, el hecho que una mujer enferme o muera por cáncer de mama tiene un importante impacto en la sociedad, debido a que la mujer asume la mayor carga de trabajo y responsabilidad en el hogar y la familia. Además, desempeña múltiples roles en sus diferentes ámbitos de vida, tales como el laboral, académico, político, familiar y personal los cuales se deterioran drásticamente

después del diagnóstico, por lo que sus redes sociales se debilitan y sus aportes a la sociedad se ven limitados³.

4.2.1. Consecuencias psicológicas

Las consecuencias psicosociales del cáncer de mama tienen un especial significado implícito por su localización: órgano íntimo, relacionado con la maternidad, la feminidad, la sexualidad, y por ello de incuestionable importancia tanto para las mujeres que lo padecen como para la población femenina en general.

El cáncer de mama afecta negativamente no sólo en los aspectos físicos, sino psicológicos, alterando la imagen corporal y la autoestima de la mujer, además de provocar problemas en el ámbito familiar, llevando incluso a la desarticulación de los papeles que cada uno cumple en su contexto. También afecta a nivel individual a los distintos miembros, especialmente a los niños y esposos, en las relaciones de la pareja, el trabajo y los recursos económicos³⁸.

El diagnóstico supone el inicio de un proceso largo en el que la persona debe enfrentarse a diferentes y numerosos estresores que pueden ser limitados en el tiempo, como la cirugía, secuencias de estresores (como el conjunto de las pruebas diagnósticas), estresores intermitentes, (como los tratamientos de quimioterapia o radioterapia) o estresores crónicos (como la pérdida de la mama o el miedo a la recaída). Todos ellos intervienen en la vida normal, alterando el trabajo, la economía, el ocio y las relaciones familiares, produciendo gran malestar emocional, que en el caso de los estresores crónicos, acompañarán a la persona el resto de su vida².

En la eficacia del proceso de adaptación a medio y largo plazo en un sentido general puede decirse, siguiendo la propuesta de Rowland (citado por Mariscal Crespo)², que existen tres tipos de variables predictoras de bienestar psicológico:

a) Variables socioculturales**b) Variables clínicas****c) Variables personales.**

Dentro de las denominadas variables personales, pueden distinguirse subconjuntos de factores relacionados con la adaptación psicosocial, entre ellos se encuentran^{2,39}:

- **La edad**, o el momento del ciclo vital de la persona afectada. Desde la psicología evolutiva se plantea que a lo largo del ciclo vital los sujetos deben ocuparse de determinadas tareas consideradas propias del desarrollo normal, y en el cáncer y su tratamiento pueden perjudicar su ejecución. Cada tipo de cáncer puede interferir con determinadas metas evolutivas, de modo que el momento del ciclo vital que se produzca el diagnóstico puede ser más o menos lesivo para el individuo y dará lugar a problemas de distinta índole. La edad media de las mujeres afectadas las sitúa en el proceso de formación y mantenimiento de una familia. El diagnóstico de la enfermedad tiene repercusiones sobre la fertilidad, en el cuidado de los hijos y el mantenimiento del hogar según los roles establecidos socialmente y asumidos por la mayoría de las mujeres.
- **La situación económica y laboral**, ya que un porcentaje alto de mujeres se encuentran en una edad productiva siguiendo una tendencia al alza. No se han localizado investigaciones al respecto pero los medios de comunicación se han hecho eco en los últimos meses de los efectos negativos sobre la estabilidad laboral de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, en parte relacionado con la imagen social y estigmatizada de la enfermedad, y en parte al absentismo laboral que el tratamiento origina, produciendo cambios en los puestos de trabajo e incluso la no renovación de contratos achacándolos a otras causas legalmente aceptables, sumando un nuevo argumento a la discriminación de la mujer en materia de salud.

- **El apoyo social** como recurso interpersonal, puede considerarse esencial para que una persona pueda enfrentarse a cualquier evento que pueda significar un daño, riesgo o lesión. En el caso del cáncer son muchos los autores que señalan una asociación entre apoyo social percibido y un buen ajuste psicológico.
- La **intimidad**, la posibilidad de expresarse emocionalmente y la posibilidad de divertirse en compañía, parece ser facetas del apoyo social reservado a la familia y los amigos, mientras que los aspectos del apoyo social relativos al afecto, al consejo o guía y los intentos de confortar al paciente parece estar en manos de los tres tipos de agentes sociales.
- **El autocuidado**³⁹ requiere intervenciones psicosociales y educativas multidisciplinares que consideren las necesidades de las personas sobre su salud y las propias soluciones que ellas proponen, partiendo de los recursos de que dispone la comunidad. Las propuestas educativas sobre el autocuidado tienen que formar parte de la educación para la salud que debe inculcarse desde los primeros años de vida. Es fundamental que en los colegios se enseñe a las niñas a conocer su cuerpo y a saber que pueden realizar distintas conductas a lo largo de su vida que pueden influir positivamente en su salud.

Cuando la enfermedad está en remisión parece el mejor momento para cambiar conductas inadecuadas. Al igual que durante el tiempo que está enferma, una vez que la enfermedad remite, las prácticas de autocuidado deben estar enfocadas a trabajar en las posibles secuelas físicas, emocionales y sociales. La mujer debe volver a su vida anterior a la enfermedad, pero siendo consciente de los cambios que ha sufrido y de las repercusiones que ello tendrá el resto de su vida.

4.2.2. Alteraciones del estado de salud y la calidad de vida

- **Fatiga**

Se puede describir como la vitalidad percibida, la capacidad mental y el estado psicológico, por lo tanto es un concepto multidimensional. A veces, la fatiga se interpreta como un continuo, que va del cansancio al agotamiento¹⁸.

Tiene un efecto profundo y general en la persona; físico, emocional y mental y puede persistir durante meses o incluso años posteriormente a la finalización del tratamiento. Puede tener un impacto excesivo en la vida de la paciente, interferir con sus actividades cotidianas y también puede tener consecuencias sociales y económicas potencialmente devastadoras. Puede obstaculizar las perspectivas de remisión o incluso de cura de un paciente, debido al efecto que puede tener sobre el deseo de la paciente de seguir con el tratamiento⁴⁰.

Los pacientes oncológicos pueden presentar fatiga en diferentes estadios. Cabe destacar que el término “*fatiga relacionada con el cáncer*” no diferencia entre la fatiga durante el tratamiento del cáncer y la fatiga después de finalizar el tratamiento, sino que incluye todo el período¹⁸.

Los esfuerzos por controlar la fatiga en un principio deben centrarse en identificar y tratar las comorbilidades que pueden originarla, por ejemplo la anemia o el hipotiroidismo. Sin embargo, generalmente no se pueden identificar otras causas específicas de la fatiga en los pacientes durante el tratamiento del cáncer, con excepción del cáncer o del tratamiento en sí. En estas situaciones, el tratamiento de la fatiga suele incluir numerosas estrategias. Las estrategias generalmente se dividen en intervenciones farmacológicas y no farmacológicas¹⁸.

Se ha demostrado que el ejercicio es eficaz en la reducción de la fatiga y en la mejora de la tolerancia al ejercicio en los individuos sanos y con

enfermedades crónicas. Se ha sugerido que los cambios producidos por la actividad física pueden contrarrestar los efectos negativos del tumor y de la toxicidad del tratamiento sobre la capacidad de rendimiento físico. La actividad podría reducir la fatiga relacionada con el cáncer al mejorar la capacidad funcional, dando lugar a una reducción del esfuerzo y a una mejoría en la percepción de la fatiga relacionada con el cáncer. El reposo, la recomendación preferida para la fatiga relacionada con el cáncer en el pasado, probablemente sea contraproducente ya que conduce a la emaciación muscular y al deterioro del estado cardiorrespiratorio, y de esa manera, causa mayor fatiga^{40,41}.

Estudios experimentales indicaron que el ejercicio en condiciones estructuradas y medibles tiene el potencial de mejorar la función cardiopulmonar, generar CV, mejorar la fuerza, el sueño, la autoestima y la ayuda a reducir la ganancia de peso, depresión, ansiedad y cansancio, pero será necesario abordar de forma más sustancial en el futuro. El beneficio del ejercicio también podría aliviar las dimensiones emocionales y mentales. Se ha demostrado que el ejercicio mejora el estado de ánimo y reduce la ansiedad y el temor en los pacientes⁴⁰.

A modo de ejemplo Segar (citado en Kirshbaum)⁴² realizó, un estudio cruzado para investigar los efectos psicológicos del ejercicio en mujeres que habían sufrido previamente una cirugía de cáncer de mama. La intervención consistió en sesiones de 30 minutos de ejercicio aeróbico de leve a moderado, cuatro días a la semana durante 10 semanas. Las mujeres podían elegir sus ejercicios favoritos y la forma más conveniente de ejercicio aeróbico. Este estudio informó sobre la relación positiva entre el ejercicio y una mejor CV en las supervivientes de cáncer de mama.

O el estudio realizado por Cuesta-Vargas *et al.*⁴³ un programa de fisioterapia multimodal incorporando ejercicio en base acuática, en comparación con un grupo-control de atención habitual, disminuye la fatiga

relacionada con el cáncer de mama en sobrevivientes y mejora el estado general de salud física y mental y la calidad de vida. El alto nivel de adherencia y la falta de reacciones adversas notificadas, sugiere que este es un programa aceptable y que es seguro y eficaz.

En la actualidad, existen dos importantes estudios financiados por Investigación del Cáncer del Reino Unido en progreso, que con toda probabilidad ayudarán a fundamentar aún más y perfeccionar la documentación existente sobre los beneficios del ejercicio para pacientes con cáncer de mama⁴².

- ***Depresión***

Es una de las reacciones psicológicas más comunes y debilitantes del cáncer de mama⁴⁴. Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama localmente avanzado detectado por mamografía, mostraron un aumento del estado de ánimo depresivo, un año después del diagnóstico. Por lo tanto, puede ser un factor de riesgo⁴⁵.

La prevalencia de depresión en el cáncer de mama, es el doble que la observada en el resto de la población femenina, especialmente durante el primer año tras el diagnóstico se sitúa alrededor de 52,65%⁴⁶.

Se estimó la prevalencia de la depresión entre las 1400 participantes de un estudio de cohorte de base poblacional de mujeres con cáncer en etapa 0-IV de mama en Shanghai, China. A través de entrevistas personales realizadas a los 6 meses y 18 meses post diagnóstico, revisión de expedientes clínicos, información sobre los factores sociodemográficos y clínicos y la CV. Aproximadamente el 26% de las participantes presentaron depresión leve a severa y el 13% cumplen los criterios de depresión clínica a los 18 meses después del diagnóstico. Las mujeres con bajos ingresos eran más propensas a tener depresión que las mujeres con mayores ingresos (prevalencia: 16,6% vs

6,9% para la depresión leve y el 17,1% frente a 5,5% para la depresión clínica, respectivamente). La depresión fue más común entre las viudas (18,9%) separadas o divorciadas (16,4%), que entre las que estaban casadas (11,8%). Las mujeres con comorbilidad fueron más propensas a tener depresión clínica (17,3% vs 11,2%). El análisis multivariado mostró que el bajo ingreso, estado civil, la comorbilidad, y las bajas puntuaciones de CV fueron predictores independientes para la depresión. No se ha encontrado que la prevalencia de la depresión difiriese en el estado menopáusico, los niveles de estrógenos o la condición del receptor de progesterona, estadio de la enfermedad o los tratamientos relacionados con el cáncer⁴⁷.

- ***Ansiedad***

Tras la cirugía para el cáncer de mama, muchas mujeres experimentan ansiedad que puede afectar negativamente a la CV y el funcionamiento emocional después de la cirugía. Los síntomas como pensamientos intrusivos pueden ser mejorados durante este período con una intervención estructurada, basada en el comportamiento del grupo cognitivo. Se puede mejorar la ansiedad relacionada con el cáncer durante el tratamiento activo médico para el cáncer de mama y durante un año después del tratamiento⁴⁸.

- ***Relaciones sexuales***

La disminución del deseo sexual y de la frecuencia de las relaciones, la dispareunia y las dificultades con el orgasmo son frecuentes en mujeres con cáncer de mama. La mayor incidencia de disfunción sexual se ha reportado entre las que recibieron quimioterapia⁴⁹. Se ha demostrado que la quimioterapia está asociada con efectos a corto y largo plazo en el funcionamiento sexual y la CV en cáncer de mama⁵⁰.

Ganz y colaboradores (citado por Grunfeld *et al.*)⁴⁹ investigaron los predictores del interés sexual, la disfunción y la satisfacción mediante un análisis de regresión multivariante en una cohorte de sobrevivientes de cáncer

de mama. Los predictores de disfunción sexual fueron la sequedad vaginal, el uso de quimioterapia y tener una nueva pareja desde el diagnóstico.

La calidad de la relación de pareja y los problemas sexuales en la pareja fueron predictores significativos de la satisfacción sexual. Un metaanálisis de estudios sobre las consecuencias psicosociales de la cirugía de cáncer de mama mostraron efectos modestos sobre el impacto del tipo de cirugía en el funcionamiento sexual.

Estos mismos autores, estudiaron la eficacia de un programa de intervención que consiste en una evaluación integral de la menopausia que se ofreció a 76 mujeres perimenopáusicas o postmenopáusicas con antecedentes de cáncer de mama. La intervención estuvo a cargo de una enfermera y se centró en la evaluación de los síntomas, educación, asesoramiento, efectos farmacológicos específicos y las intervenciones de comportamiento, según procediera. El funcionamiento sexual mejoró significativamente en el grupo que recibió la intervención en comparación con el grupo de atención habitual. Las intervenciones para disminuir los síntomas de la menopausia (sequedad vaginal, especialmente) pueden ayudar a mejorar el funcionamiento sexual. Las recomendaciones para el tratamiento de los síntomas menopáusicos se han recogido en una guía basada en la evidencia, publicada en 2002⁴⁹.

Los tratamientos de cáncer de mama en mujeres jóvenes pueden causar infertilidad. Varios estudios examinaron preocupaciones relacionadas con la fertilidad y la reproductividad. Perdiz et al. encontraron que el 39% tenía como preocupación principal la infertilidad inducida por tratamiento. Además, el 29% afirmó que estas preocupaciones influyeron en sus decisiones de tratamiento⁵¹.

- ***Inactividad Física vs Actividad Física***

Actualmente se ha evidenciado que el descanso excesivo y la falta de actividad física pueden provocar una pérdida grave del estado físico y por lo tanto reducir su funcionamiento. Las sobrevivientes de cáncer de mama sufren deterioro físico después del tratamiento oncológico. Este deterioro reduce la CV y aumenta la prevalencia de las discapacidades asociadas al estilo de vida poco saludables (por ejemplo, disminución de la capacidad y la fuerza, aumento de peso y fatiga aeróbica).

Trabajos recientes han demostrado que el ejercicio adaptado a las características individuales de los pacientes está relacionado con la mejora de la supervivencia global y libre de enfermedad⁵². Además, las mujeres que reciben la quimioterapia o radiación como tratamiento adyuvante presentan efectos secundarios debilitantes. Uno de los efectos secundarios principales de la radioterapia es la fatiga; los efectos secundarios comunes de la quimioterapia son las náuseas y los vómitos, la fatiga, el aumento de peso y los trastornos del estado de ánimo. Estos efectos secundarios interfieren con las actividades diarias como el autocuidado o el regreso al trabajo. El ejercicio físico es una manera de contrarrestar varios de los efectos secundarios que inducen los tratamientos para el cáncer (quimioterapia y radioterapia)¹⁶.

Los resultados del trabajo de Taleghani F *et al.*⁵³ mostraron que las intervenciones de ejercicios pueden promover una mejor calidad de vida para los pacientes y aumentar la puntuación total de la calidad de vida. Se concluyó que el ejercicio mejorar la calidad de vida entre los pacientes con cáncer de mama.

En el estudio de Chen *et al.* (citado por Taleghani F *et al.*)⁵³ sobre el efecto del ejercicio regular en la calidad de vida de 1829 mujeres con cáncer de mama durante 6, 18 y 30 meses después del diagnóstico, los resultados

mostraron que los ejercicios regulares pueden promover la calidad de vida de los pacientes en las dimensiones físicas, mentales y sociales.

Por su parte, Galiano-Castillo N. *et al.*⁵² investigaron la viabilidad y la eficacia de un sistema de tele-rehabilitación durante el tratamiento adyuvante de pacientes con cáncer de mama. El estudio consistía en un grupo experimental (n=40), donde realizaban ejercicio físico con seguimientos de la plataforma E-CUIDATE, y un grupo control (n=40), en el cual se les daban únicamente un folleto con las actividades físicas recomendadas. Debido al número reducido de muestra los resultados no fueron concluyentes, pero notaron mejoría en el grupo experimental, debido a que las pacientes realizaban los ejercicios y estos mejoraban los síntomas secundarios del tratamiento.

El ejercicio durante el tratamiento adyuvante para el cáncer de mama puede considerarse una intervención de autocuidado, que mejora el estado físico y, por lo tanto, la capacidad de realizar las actividades de la vida cotidiana, que de otro modo pueden estar impedidas debido a la inactividad durante el tratamiento¹⁶.

- ***Alteración del sueño***

Se ha observado que los trastornos del sueño, son un problema clínico frecuente para pacientes con cáncer. Sin embargo, el tipo y la gravedad de dichas alteraciones en esta población es difícil de juzgar. La prevalencia de los trastornos del sueño varía enormemente, oscilando desde un mínimo de 24% hasta un máximo de 95%. Sin embargo, es difícil determinar, con los datos proporcionados, si la alteración del sueño es única para los pacientes de cáncer en comparación con otras poblaciones médicas. Además, el examen de los resultados del estudio revela limitada exploración de la relación entre las alteraciones del sueño y los muchos desencadenantes potenciales de la alteración del sueño en pacientes con cáncer, así como examen limitado de la

relación entre la alteración del sueño y los múltiples aspectos de la vida de los pacientes de cáncer afectadas por la enfermedad y tratamiento⁵⁴.

El sueño de las mujeres con cáncer de mama ha sido estudiado a través de la investigación sistemática de la alteración del sueño, efectos negativos de la quimioterapia y radioterapia, y los efectos positivos de los programas de ejercicio durante el la quimioterapia y la radioterapia. Un grupo de estos estudios usaron medidas de sueño, como la polisomnografía, actigrafía, y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI).

La quimioterapia y la radioterapia se exploraron como predictores de trastornos del sueño en estas pacientes. Los resultados mostraron que el 61% tenía problemas significativos del sueño, caracterizado por la reducción del tiempo total de sueño, con la frecuencia de ser molestados por el dolor, nicturia, sensación de mucho calor, y al toser o roncar ruidosamente⁵⁴.

Berger y colaboradores (citado en Fortner *et al.*)⁵⁴ utilizaron la actigrafía para registrar la intensidad y frecuencia de movimientos, lo que permite estimar la cantidad de sueño durante la noche. Los despertares nocturnos, medidos por la actigrafía, fueron más frecuentes durante la quimioterapia que entre los ciclos, y la incidencia de los pacientes con despertares significativos aumentó en los tres primeros ciclos de la quimioterapia, de modo la media de número de despertares van desde 22 hasta 36 por noche. También observaron que las alteraciones del sueño y las siestas durante el día están correlacionadas con la experiencia de la fatiga física y otros síntomas.

- **Dolor**

El dolor crónico es un síntoma importante y frecuente que acompaña el tratamiento del cáncer de mama. Los estudios retrospectivos han encontrado que la prevalencia del dolor post-quirúrgico oscila entre un 20% y un 68%. La condición del dolor se cree que es causada principalmente por el daño en el nervio y la disección intercostobraquial de los ganglios linfáticos axilares.

Se ha demostrado que el dolor después de la cirugía para el cáncer de mama, es un componente crítico en la etiología de las enfermedades crónicas.

Otra de las posibles causas de dolor crónico después de la cirugía de cáncer de mama incluye edema linfático, progresión de la enfermedad, hombro congelado y neuromas. El dolor se localiza más frecuentemente en la axila, el hombro, el brazo o la pared torácica y a menudo se describe como un dolor neuropático típico que consiste en dolor ardiente, dolor punzante y el dolor evocado contundente por la presión. Sin embargo, también se pueden presentar otros tipos de dolor.

Gottrup *et al* (citado por Vilholm *et al.*)⁵⁵ examinaron a 15 pacientes con dolor y 11 sin dolor después de la cirugía de cáncer de mama y encontraron un umbral más alto sensorial a los estímulos térmicos en el lado de la operación en ambos grupos y una mayor frecuencia de dolor temporal del lado operado en el grupo de dolor. El dolor evocado por estímulo se asoció con la intensidad del dolor espontáneo en el grupo de pacientes con dolor, y estos pacientes tenían umbrales más bajos de presión al dolor y más cutánea el flujo de sangre del lado operado en comparación con el otro lado.

- ***Imagen Corporal***

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama pueden tener un profundo impacto en la imagen corporal, sobre todo porque la mama es un símbolo de la feminidad y la sexualidad en la sociedad. Es por ello que se están adaptando enfoques de conservación de mama con el fin de mantener la integridad corporal y la satisfacción con la apariencia. Sin embargo, las mujeres tratadas con tumorectomía todavía pueden experimentar problemas significativos con la imagen corporal debido a la cirugía, otros aspectos de la terapia, o el diagnóstico de cáncer por sí mismo. La imagen corporal, y el impacto del tratamiento en ella sigue siendo un problema importante tanto para los investigadores como para los clínicos⁵⁶.

La investigación en este área se ha visto obstaculizada por la falta de una medida confiable y válida de autoinforme de la imagen corporal adecuada para su uso en la población con cáncer de mama. La mayoría de las medidas que se han desarrollado se centran en la satisfacción con las partes del cuerpo o la apariencia general.

Cohen (en Baxter *et al.*)⁵⁶ describe tres aspectos de la imagen corporal en las mujeres después del cáncer de mama: a) el cuerpo como un símbolo o expresión social, b) el cuerpo como un manera de ser en el mundo (incluyendo sensaciones y síntomas tales como náuseas, fatiga y dolor), y c) el existencial sentido de que se necesita un cuerpo para estar en el mundo, lo que lleva una mayor sensibilización de la posibilidad de la muerte.

Algunas medidas se han desarrollado para incluir una evaluación de la imagen corporal en la oncología o el cáncer de mama de la población. La Rehabilitación del Cáncer del Sistema de Evaluación (CARES) es un instrumento diseñado para evaluar las necesidades de rehabilitación de pacientes con cáncer y tiene una subescala del cuerpo. La imagen se centra en la vergüenza y malestar con el cuerpo y los cambios corporales.

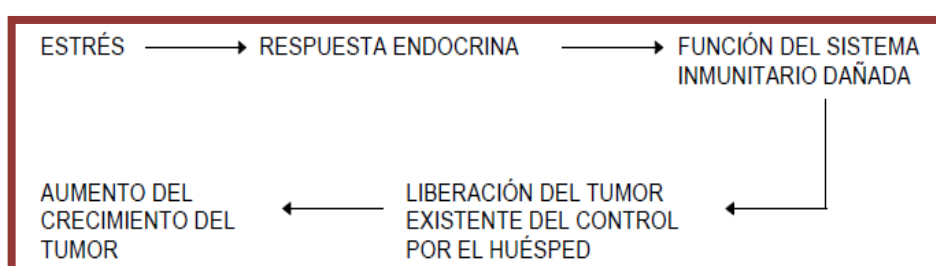
De manera similar, la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) ha desarrollado un módulo para el cáncer de mama específico para la CV que incluye una subescala de imagen corporal que incluye cuatro puntos. Hay dos medidas de la imagen corporal, una desarrollada para la población oncológica y otra desarrollada para la población con cáncer de mama. Todas estas medidas, sin embargo, no evalúan los componentes importantes de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama, lo que mejoraría la comprensión del impacto del tratamiento⁵⁶.

- **Estrés**

Numerosos estudios evidencian que el estrés puede influir significativamente en la susceptibilidad y resistencia al cáncer y también en su curso evolutivo, ya que provoca una alteración de la actividad neurotransmisora y neuroendocrina⁵⁷.

En la Figura 2 se muestra la relación entre hormonas sensibles al estrés, competencia inmunitaria y cáncer⁵⁷:

Figura 2. Relación entre hormonas sensibles al estrés, inmunidad y cáncer



Los principales resultados obtenidos por Sandra Pérez⁵⁸ señalan que las respuestas de estrés agudo y postraumático son frecuentes en las pacientes con cáncer de mama, siendo los primeros momentos en el proceso de diagnóstico de esta enfermedad la situación estresante que mayor impacto psicológico provoca en las mujeres evaluadas. Las tasas de prevalencia estimada de trastorno de estrés agudo (TEA) halladas en este trabajo descendieron desde un 17% en la fase de incertidumbre hasta un 8% en la fase de finalización del tratamiento. Por lo que respecta al trastorno de estrés postraumático (TEP), la prevalencia estimada se mantuvo relativamente constante a través de las fases de tratamiento (27.4%), finalización del tratamiento (24%) y seguimiento (22.9%).

Asimismo, el perfil psicológico inicial de la paciente con mayor riesgo de desarrollar TEP con posterioridad se caracteriza por manifestar

sintomatología de estrés agudo en la fase de incertidumbre, por la tendencia a la inexpressión de emociones negativas y de conductas hostiles, asertivas o dominantes, y por la tendencia a manifestar experiencias disociativas como patrones de respuesta estable. Por otra parte, diferentes análisis permitieron concluir que la sintomatología de estrés agudo constituye el predictor simple más robusto sobre la posterior aparición de sintomatología de TEP, de entre las diferentes variables contempladas en este trabajo.

Los hallazgos derivados de este trabajo resultan de utilidad para los profesionales de la salud a la hora de establecer protocolos de cribado e intervención en pacientes de cáncer, centradas en la prevención de sintomatología de TEP posterior.

- ***Osteoporosis***

Las pacientes con antecedentes de cáncer de mama podrían estar en mayor riesgo de osteoporosis debido a la insuficiencia ovárica prematura como resultado de la quimioterapia. Los resultados preliminares de los ensayos de los inhibidores de la aromatasa como tratamiento adyuvante en mujeres postmenopáusicas sugieren aumento en las tasas de fracturas y osteoporosis con el uso de estos agentes⁴⁹. El riesgo es mayor a edades tempranas. La terapia de inhibidores de aromatasa y la insuficiencia ovárica prematura se consideran factores de riesgo de osteoporosis. Por lo tanto, estas directrices se pueden extrapolar a mujeres con antecedentes de cáncer de mama. Las mujeres que recibieron inhibidores de la aromatasa deben ser controladas.

Aunque la terapia de reemplazo de estrógeno reduce la pérdida de densidad mineral ósea asociada con la menopausia, su uso está contraindicado en mujeres con antecedentes de cáncer de mama debido a la preocupación de precipitar la recurrencia del cáncer de mama. Recientemente, un estudio clínico asignó al azar a las mujeres con antecedentes de cáncer de mama para recibir terapia de reemplazo hormonal, se detuvo debido a un mayor riesgo de un nuevo cáncer mamario⁴⁹.

- **Linfedema**

El linfedema⁵⁹ es la acumulación de líquidos en exceso en el cuerpo causada por la obstrucción de los mecanismos del drenaje linfático, principalmente en los brazos y las piernas. Puede ser congénito, puede desarrollarse como resultado de una infección parasitaria, o puede surgir como resultado de una cirugía (más frecuentemente por cáncer de mama). Las causas, principales son: cáncer y su tratamiento, que causan un linfedema secundario; anomalías congénitas en el sistema linfático, denominado linfedema primario; insuficiencia venosa crónica de la extremidad inferior, edema linfovenoso; filariasis, que causa un linfedema secundario.

El tratamiento usual es la calcetería compresiva (p.ej. vendajes, mangas, etc.), el cuidado de la piel y el ejercicio. Actualmente no se cuenta con evidencias suficientes sobre el mejor tratamiento físico del linfedema.

Como comenta Badger, *et al.*⁵⁹, es difícil evaluar la incidencia del linfedema después del cáncer de mama, debido a las diferencias en las evaluaciones sobre el diagnóstico, la medición y el período de seguimiento. Petrek (citado por Badger)⁵⁹ informó cifras de incidencia del 6% al 30%; sin embargo, la tabla utilizada para explicar estas cifras es incierta. Solamente los documentos que cubrieron la disección axilar se utilizaron en la revisión de Erickson (referenciado por Badger)⁵⁹ y se halló un rango de 2,4% a 56%. El rango del seguimiento, en caso de disponer de detalles, parece haber originado esta amplia variedad de hallazgos.

El linfedema puede causar una morbilidad física y psicológica significativa. La tumefacción causa una desproporción en el tamaño de una parte del cuerpo y, como tal, puede interferir en la movilidad y afectar la percepción que las personas tienen de sí mismas. Además del aumento en el tamaño de una extremidad, los tejidos subcutáneos afectados se engrosan y se tornan fibrosas gradualmente, formando un componente sólido en la tumefacción. El dolor y el malestar se presentan entre los problemas físicos

asociados al linfedema, como también los ataques recurrentes de infecciones/inflamaciones; el último se da como resultado de la inmunidad local⁵⁹.

Como han señalado algunos estudios, las enfermeras tienen un importante papel en el tratamiento de problemas de salud mental en las pacientes y familiares que sufren cáncer de mama⁶⁰. Son fundamentales las enfermeras y otros profesionales de la salud para las supervivientes de cáncer de mama, ya que si estas mujeres recibieran el continuo apoyo profesional lograrían mejorar su CV²⁷.

4.2.3. Recomendaciones para el autocuidado en mujeres supervivientes al cáncer de mama.

Mariscal² en su Tesis Doctoral, propone y valida un modelo teórico para satisfacer las necesidades de una población de mujeres afectadas de cáncer de mama, elaborando el cuestionario CAESCAM (Cuestionario de Autocuidado Específico en el Cáncer de Mama), ver en el anexo 9, que más tarde, Merino⁶¹, en su Tesis doctoral titulada “*Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama*”, lleva a cabo, llegando a la conclusión de que las competencias de autocuidados generales, de desarrollo personal e interacción social, así como los autocuidados específicos del problema del cáncer, presentan uno niveles inferiores a la media de la escala utilizada. Por lo que afirma, que una intervención educativa desarrollada por la agencia de enfermería mejora las competencias de autocuidados y la salud percibida de las mujeres participantes en el programa en todas sus facetas y dimensiones de manera significativa antes y después de la intervención. El nivel de autocuidados y la salud percibida de las mujeres que han participado en el programa es más elevado que el de las mujeres que no han participado.

La guía de recomendaciones para el autocuidado en mujeres supervivientes al cáncer de mama³⁴ y el Código Europeo contra el Cáncer⁶², desarrollan una serie de consejos.

- **Actividad física**

En estudios con más de 12000 supervivientes de cáncer de mama, se observa que la actividad física después del diagnóstico disminuía el 24% y 34% las recaídas tumorales y la mortalidad, respectivamente. Las pacientes con actividad física regular vivían mucho más. Los estudios científicos realizados en las y los pacientes con cáncer de mama muestran que las pacientes que participan de programas de actividad física mejoran de forma significativa la calidad de vida, el rendimiento físico, el consumo de oxígeno y tienen menos fatiga. Disminuye el riesgo de enfermedades crónicas: obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular y osteoporosis.

El ejercicio físico aeróbico o entrenamiento de resistencia (correr, paseo a paso ligero, etc.) disminuye los síntomas y mejora la evolución del linfedema axilar. Además ayuda a perder peso, principal factor de riesgo del linfedema.

La actividad física puede ser eficaz para mejorar la CV y el alivio de la depresión en pacientes con cáncer de mama⁶³.

- **Mantener un peso saludable**

El sobrepeso u obesidad incrementa el riesgo de recurrencia o segundos cánceres en otras localizaciones. El control del peso es un asunto de gran importancia en las supervivientes, considerando el sobrepeso que habitualmente cogen después del diagnóstico muchas de las pacientes. Con frecuencia, la ganancia de peso que experimentan después del tratamiento de quimioterapia u hormonal es resultado del incremento del tejido adiposo o grasa, sin cambios o incluso descenso en el índice de masa corporal.

El incluir a las pacientes con cáncer mamario en programas de control de peso y adelgazamiento promueve cambios favorables en los niveles en sangre de biomarcadores relevantes del cáncer de mama como los niveles de

estrógenos, globulina fijadora de hormonas sexuales y los marcadores inflamatorios.

- **Evitar el consumo de alcohol**

Aunque los estudios son escasos y los resultados son dispares respecto al papel en las recaídas tumorales, deberíamos aconsejar a las pacientes eliminar o reducir al máximo la ingesta de bebidas alcohólicas.

- **Embarazo y lactancia**

Dar el pecho disminuye el riesgo de cáncer de mama. Cuanto más dura la lactancia el efecto es mayor. Al mismo tiempo disminuye el riesgo global de cáncer infantil en el hijo o hija amamantado.

Tener más hijos, y especialmente cuando el primer nacimiento ocurre a edades más tempranas disminuye el riesgo de cáncer de mama. El efecto es acumulativo con los siguientes nacimientos. Por cada nacimiento disminuye el riesgo un 7%, y además otro 4,5% por cada 12 meses de lactancia. Los mayores efectos se observan cuando la lactancia dura más de 1 año. En Murcia un 20% de las madres dan el pecho más de 1 año.

Los beneficios del embarazo y lactancia se aprecian a partir de los 10- 15 años del parto.

Después de la cirugía conservadora o la radioterapia la lactancia es posible del pecho sano, y a veces del pecho afecto. No es recomendable amamantar durante la quimioterapia pero sí cuando el tratamiento ha terminado.

- **Recomendaciones dietéticas**

Una dieta modelo más ‘vegetariana’ es importante para la prevención del cáncer y para todos los supervivientes de cáncer en general, y para las supervivientes de cáncer de mama en particular. En las pacientes con una adherencia a una dieta mediterránea típica caracterizada por alta ingesta de

frutas, legumbres, hortalizas y cereales integrales se ha observado un mejor pronóstico global y supervivencia a largo plazo.

Dos grandes estudios testan que si cambiamos la composición en la dieta podemos reducir el riesgo de recurrencia o recaída y el incremento de la supervivencia global en mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama.

- **Radiación ionizante**

La exposición a radiación ionizante está bien establecida como causa de cáncer. La relación con el cáncer de mama específicamente ha sido evaluada en numerosos estudios poblacionales, incluyendo a los supervivientes de Nagasaki e Hiroshima, en Japón, y mujeres que les hicieron fluoroscopias para diagnóstico y seguimiento de su tuberculosis. Se observó un incremento de riesgo de cáncer de mama acumulativo con la dosis que recibieron. El efecto es mucho mayor con las exposiciones durante o antes de la pubertad. Las mamografías irradian menos que una Rx de tórax.

- **Tabaquismo**

El tejido mamario es más susceptible a los carcinógenos en la adolescencia. El comenzar a fumar en la adolescencia o antes del primer hijo se ha relacionado con el cáncer de mama.

Parece sensato incluir en el tratamiento de las pacientes el abandono del tabaquismo como algo prioritario. Con seguridad disminuirá el riesgo cardiovascular y la toxicidad relacionada con la quimioterapia y radioterapia. Mejorará la calidad y cantidad de vida de las pacientes y de sus hijos, y probablemente, aunque no estudiado, también disminuya las recaídas o segundos tumores.

- **Campos electromagnéticos**

En base a la evidencia actual, parece muy improbable la relación del cáncer de mama con la exposición a campos electromagnéticos de muy baja frecuencia (electricidad/ aparatos eléctricos).

- **Las hormonas**

Numerosos estudios de investigación sugieren el papel central que ocupan las hormonas sexuales, fármacos y disruptores hormonales en el desarrollo de cáncer de mama. La píldora anticonceptiva y la Terapia Hormonal Sustitutiva (TSH), incrementan el riesgo de padecer cáncer de mama.

4.3. Programas de atención sanitaria en el cáncer de mama

En este apartado se hace referencia a los programas de detección precoz para las mujeres con cáncer de mama y a los programas de seguimiento tras el tratamiento primario.

4.3.1. Programas de detección precoz

Los beneficios de la detección precoz incluyen el aumento de la supervivencia, el aumento de las opciones de tratamiento y una mejora de la CV^{64,65}. Es importante que las mujeres de todas las edades entiendan la importancia de encontrar y tratar el cáncer de mama temprano.

La detección en la fase asintomática conduce a la detección de cáncer en estadio temprano y mejora la supervivencia relativa de entre un 27% y 47%⁶⁶.

Los Programas y Planes de salud en muchos países y regiones han asumido que el cribaje de cáncer de mama en el ámbito comunitario debe ser una prioridad, al

menos para las mujeres de 50 a 69 años de edad. La participación en un programa de cribaje de cáncer de mama puede estar influenciada por factores dependientes de las características de las mujeres (edad, grupo socioeconómico, el conocimiento de los programas de prevención, etc.) o aspectos de los servicios de cribaje (como los métodos de invitación para participar)⁶.

Hay que recordar que la recomendación europea es para mujeres entre 50-65 años son mamografías cada 2 años, dado que es el intervalo que se considera oportuno por el promedio de tiempo de crecimiento de los cánceres de mama. Prácticamente todos los programas están elevando la edad de cribado a los 70 años y está en discusión su aplicación desde los 45 años⁶⁷.

La investigación muestra que las mamografías de vigilancia son beneficiosas y se recomienda su realización de rutina cada año. La frecuencia exacta y la duración de las visitas clínicas no se conocen y las recomendaciones varían, pero la mayoría de las recomendaciones apoyan la evaluación clínica continuada⁶⁸.

Para obtener una lectura exacta, la máquina de mamografía necesita comprimir las mamas, lo que puede causar malestar o dolor. En algunos estudios, hasta el 35% de las mujeres informan dolor. Se sugieren intervenciones para aliviar el dolor y el malestar de la mamografía de cribado, como proporcionar a las mujeres información verbal y/o escrita antes del procedimiento, o la medicación para alivio del dolor antes de la revisión, uso de una almohadilla para las mamas (para rellenar la superficie del equipo de mamografía), compresión de la mama controlada por la paciente y compresión reducida por el técnico⁶⁹.

Diversos estudios⁶⁹ han evaluado el dolor que esperaban las mujeres y el que en realidad experimentaron, por medio de un rango de cuestionarios de calidad dispar. Los resultados indican que suministrar información escrita u oral a las mujeres acerca del procedimiento antes de la mamografía puede aliviar el dolor o el malestar de la revisión. También aumentar el control que tenían las mujeres de

la compresión de mamas podría aliviar el dolor experimentado, aunque no hubo cambios en el dolor experimentado cuando un tecnólogo de mamografía redujo la fuerza de compresión. El uso de almohadillas para las mamas también alivió el dolor; sin embargo, causó una calidad deficiente de la radiografía en un 2% de las mujeres sometidas a cribado, lo que significó que necesitarían una mamografía adicional. El paracetamol tomado antes del procedimiento no cambió el dolor experimentado por las mujeres.

En España los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM)⁶⁷ comenzaron en 1990 en Navarra, para extenderse a lo largo de los años 90 por el resto del país. Aunque existen diferencias de método, prácticamente todas las comunidades tienen como norma la Guía Europea y se celebran reuniones anuales para aunar criterios y verificación de resultados, manteniendo los mismos estándares de calidad que cualquier programa europeo.

A continuación en la figura 3, se muestran los grupos de edad objetivo en España y la evolución entre los años 2001-2007 sobre el tipo de cribaje de cáncer de mama⁷⁰.

Figura 3. Grupo de edad objetivo

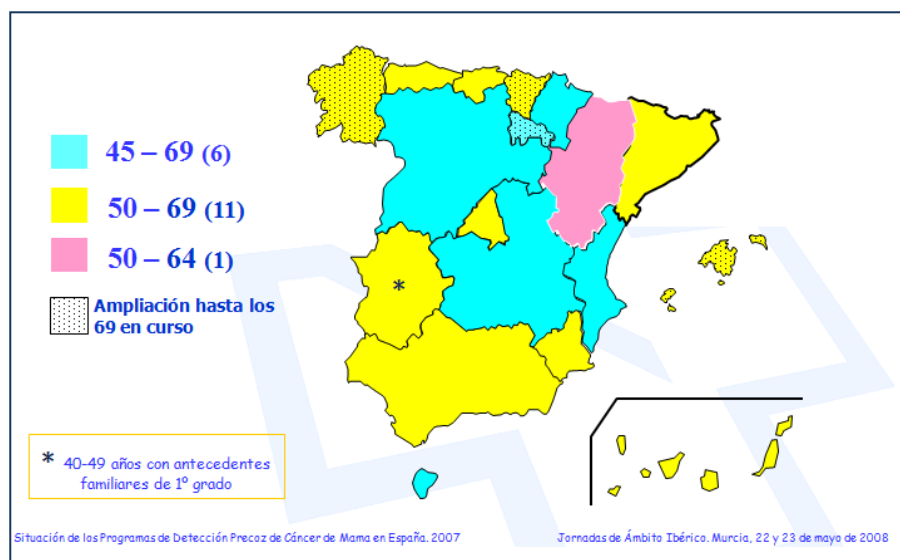
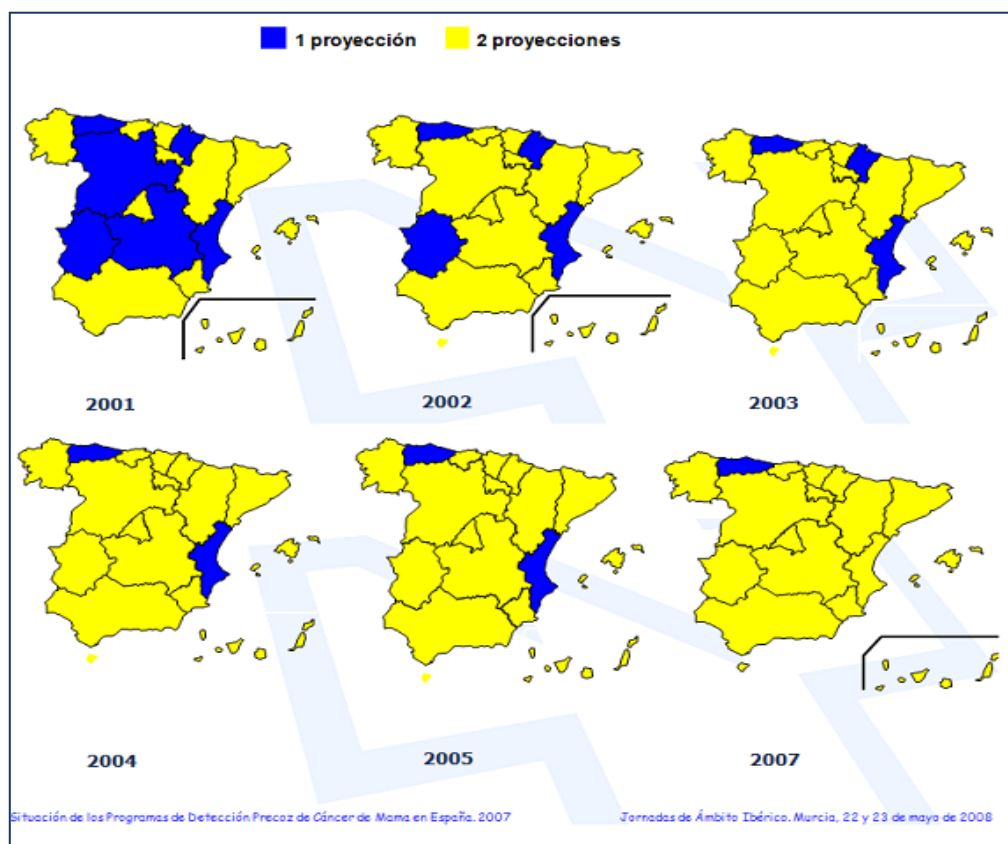


Figura 4. Número de proyecciones en cribados sucesivos. Evolución 2001-2007

1 proyección: oblicua medio lateral // 2 proyecciones: oblicua medio lateral más cráneo caudal.

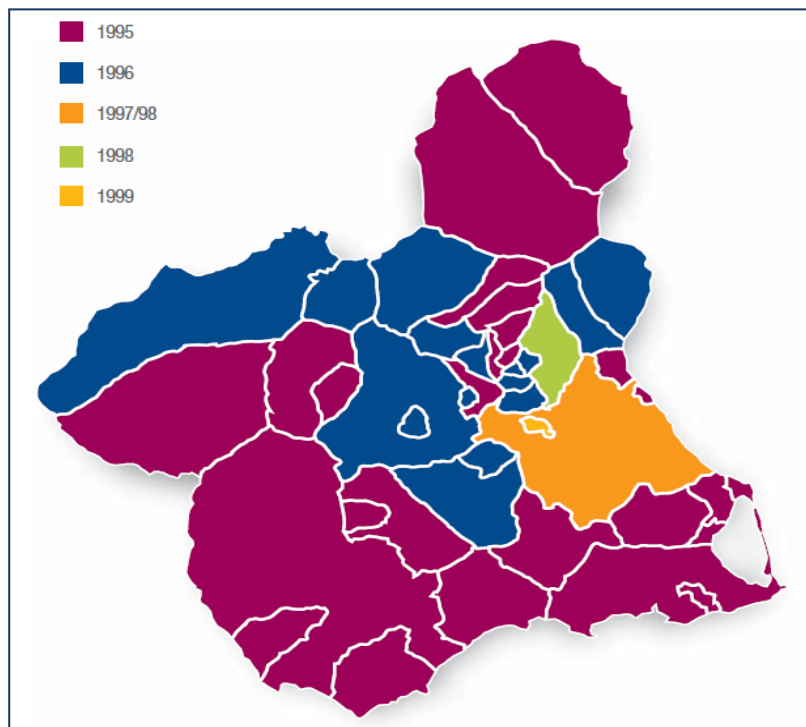
4.3.2. Programa de Prevención del Cáncer de Mama en la Región de Murcia

El Programa de Prevención del Cáncer de Mama se inicia en la Región de Murcia^{22, 71} en noviembre de 1994 en el Área de Salud II de Cartagena, con una población diana que abarca los grupos de edad de 50-64 años. En la figura 5 se expresa en orden cronológico la extensión territorial por ayuntamientos del programa en Región de Murcia.

En 1996 la extensión se ha completado prácticamente a toda la Región con excepción de Murcia capital que se incorpora progresivamente a lo largo del

periodo 1997-98, el Ayuntamiento de Molina de Segura en 1998 y finalmente el Ayuntamiento de Alcantarilla en 1999. Se alcanza el total de cobertura territorial en 1999. Figura 5.

Figura 5. Extensión territorial por áreas de salud y orden cronológico



Fuente: Programa para la Prevención del Cáncer de Mama en la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. 2006²²

Los métodos de detección temprana utilizados son:^{13, 25, 64} :

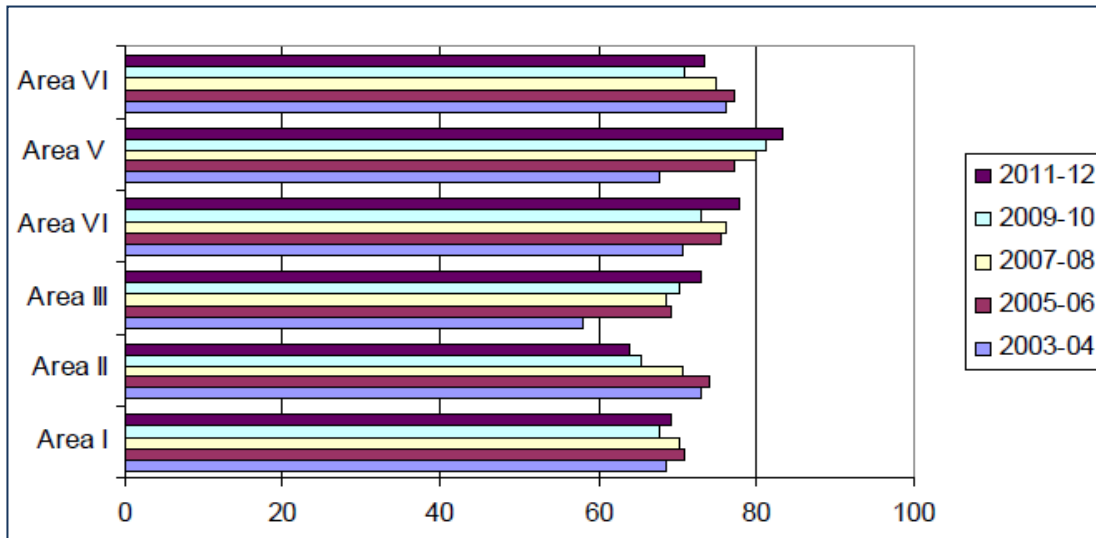
- **Autoexploración:** la autodetección por la mujer de cambios producidos en la apariencia externa de las mamas o en la palpación.
- **Examen clínico de mama** realizado por un profesional de la salud.
- **Mamografía:** en mujeres asintomáticas para la detección en fase inicial.
- **“Mammi”** el nuevo sistema que mejora el diagnóstico precoz, pudiendo llegar a detectar la patología hasta un año antes que los equipos de diagnóstico actuales. Reduce a niveles muy bajos la tasa de falsos positivos, prácticamente a entre un dos o un tres por ciento. Este método

no comprime la mama y se visualizan zonas que no son visibles en las mamografías.

- **Ultrasonidos:** la ecografía es útil para diferenciar entre masas mamarias sólidas y quísticas, o cuando una masa palpable no es vista en la mamografía, sobre todo en el caso de mujeres jóvenes con tejido mamario denso.
- **Resonancia magnética nuclear (RMN):** para situaciones clínicas específicas en las que otras pruebas de imagen no son concluyentes.
- **Biopsia:** los procedimientos para la confirmación patológica de lesiones sospechosas de cáncer de mama que se usan en la actualidad son: punción aspiración con aguja fina (PAAF), biopsia con aguja gruesa (BAG) y la biopsia escisional.

Sin embargo, ninguno de los métodos descritos es cien por cien preciso en la detección de cáncer de mama. Además, hay factores individuales de cada paciente que influyen en la decisión de la mujer al comparar las ventajas y desventajas de someterse a estos métodos de cribado. Las mujeres pueden enfrentarse a cuestiones como la ansiedad de la espera de resultados de pruebas, incomodidad y molestias⁶⁴.

Gráfico 15. Tasas de participación en el cribado mamográfico por áreas de salud. Región de Murcia.



Fuente: Programa para la Prevención del Cáncer de Mama. Resultados del bienio 2011-12. Región de Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social⁷².

4.3.3. Programas de seguimiento orientado a las enfermeras

En los programas de seguimiento lo que se pretende es trabajar algunas necesidades a las que se les presta poca atención y que afectan al estado general de salud y la CV de las mujeres con cáncer de mama, tales como, apoyo psicosocial, reducción del miedo y la ansiedad, ayudar con los efectos secundarios del tratamiento, los problemas de la imagen corporal y psicosexual, y a largo plazo, la preocupación relacionada con la supervivencia⁷³.

El creciente número de supervivientes de cáncer desafía a las organizaciones de salud a desarrollar programas que les apoyen de forma integral. Muchas personas y sus familias siguen haciendo frente a los complicados problemas de atención como resultado del diagnóstico de cáncer y los efectos secundarios después de completar sus tratamientos.

La intención del *plan de atención de la supervivencia* es el fortalecimiento de las conexiones de atención y coordinación de servicios para garantizar que la ayuda para cubrir las necesidades sea continuada y que se cumpla durante la fase de supervivencia de la trayectoria del cáncer. El *plan de atención de la supervivencia* es una oportunidad única para las enfermeras de oncología como catalizadoras para la interacción interdisciplinaria que se requiere para desarrollar planes de atención de la supervivencia y para implementar un cambio en la práctica de Enfermería Oncológica. La intervención cambia el paradigma de la atención de la supervivencia al cáncer, de un modelo de atención médica a un modelo de bienestar para los sobrevivientes de cáncer en el ámbito clínico⁷⁴.

Los modelos alternativos, como los programas dirigidos por enfermeras de seguimiento, muestran un aumento de la satisfacción y una buena CV de las mujeres con cáncer de mama. En lugar de tratar de encontrar una "talla única" a todos los casos, la atención debería centrarse en un enfoque individualizado⁶⁸.

Durante los últimos 10 años numerosos estudios publicados identifican la contribución que las enfermeras hacen en relación al cuidado del paciente a través de sus amplias funciones. Rincón (citado por Sheppard)⁷³ identificó algunos de los ensayos relacionados con el seguimiento del cáncer. Si bien estos ensayos en general, indican una mayor satisfacción del paciente, menor ansiedad y reducción de costes, se centran principalmente en el ámbito del cáncer de pulmón y los cuidados paliativos.

Baildam (citado por Sheppard)⁷³ examinó una revisión dirigida por enfermeras frente al examen médico en un seguimiento a largo plazo. Sus resultados demuestran la igualdad de competencia en términos de detección de recurrencia del cáncer, pero la enfermera tenía más probabilidades de detectar problemas psicológicos que el médico (53% de reconocimiento frente al 8%). Es importante tener en cuenta dentro de este estudio que el promedio de tiempo de consulta con la enfermera fue más del doble del tiempo empleado por el médico, por lo tanto la

capacidad del médico para reconocer problemas psicológicos puede haber sido limitada. Por otra parte, las repercusiones en los costos y requisitos de formación para las enfermeras que se ofrecen a este nivel de atención no fueron consideradas.

Hay una escasez de información sobre la importancia del seguimiento en términos de CV que pueden incluir cuestiones como la gestión de los síntomas de la menopausia, efectos secundarios de tratamiento, sangrado vaginal, sofocos, disminución de la libido, dispareunia, las cuestiones relativas a la sexualidad, la imagen corporal, la fertilidad, y la información sobre la reconstrucción de la mama, todo lo cual puede resultar en una mejor calidad de la vida. Por lo tanto, una cuestión fundamental como es la falta general de información sigue sin respuesta. Identificar a los pacientes que podrían estar en mayor riesgo de recaída o la morbilidad psicológica puede ser una manera de atacar la atención a aquellos que requieren un mayor aporte, aunque esto dependería en gran medida en el tiempo y la capacidad de profesionales de la salud para llevar a cabo una evaluación precisa de pacientes de riesgo y por lo tanto es necesario seguir trabajando en este área. Las enfermeras juegan un papel fundamental en el apoyo a los pacientes tras el diagnóstico y la supervivencia a largo plazo⁷³.

La esencia de la Enfermería Oncológica es ayudar a las personas con cáncer y a sus familias a vivir lo mejor posible, más allá del diagnóstico y del tratamiento. También debe ayudar a abordar los síntomas y las necesidades psicosociales. Estos síntomas, individualmente o en combinación, pueden afectar la capacidad de este paciente para funcionar y llevar a cabo actividades normales, lo que afecta su sentido de bienestar, relaciones, y la CV en general⁷⁵.

La terapia óptima para el cáncer de mama precoz debe ser realizada por un equipo multidisciplinario.

El equipo puede incluir cirujanos, radiólogos, oncólogos radioterápicos y médicos, patólogos, genetistas, consejeros, médicos dedicados a la mama,

enfermeras, fisioterapeutas, médicos generales y otros profesionales de la salud. La atención multidisciplinaria puede proporcionar en un centro de tratamiento integral o llevarse a cabo en otros lugares, mediante consulta entre los profesionales. Los equipos multidisciplinarios ayudan a asegurar que las mujeres con cáncer de mama reciban todas las modalidades de tratamiento adecuado y necesario⁷⁶.

El papel de la enfermera especialista en cuidados de mama se demostró que está bien establecido en el equipo multidisciplinario. Hubo alguna evidencia que sugiere que los especialistas de enfermería en cuidados de mama mejoran la continuidad de la atención, información y apoyo a las mujeres desde el diagnóstico hasta seguimiento y fueron útiles en la identificación de la ansiedad y la depresión⁷⁶.

Como conclusión de este apartado destacar, que los programas de detección precoz incluyen el aumento de la supervivencia, el aumento de las opciones de tratamiento y una mejora de la CV, y que en España comenzaron en 1990. Sin embargo, los programas de seguimiento de las mujeres con cáncer de mama siguen siendo controvertidos a pesar de casi dos décadas de investigación, y aunque varios estudios indiquen una mayor satisfacción para las mujeres supervivientes.

Queremos concluir este capítulo con una reflexión del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)⁷⁷, que defiende decididamente que las enfermeras:

- Contribuyen a la prevención primaria del cáncer ayudando a las personas para que adopten estilos de vida saludables.
- Llevan a cabo actividades de prevención secundaria y detección precoz brindando información sobre la importancia de los programas y medios de detección; alentando a las personas o familias de alto riesgo a someterse a

los procedimientos de detección; y participando en actividades de detección, especialmente en el plano de la atención primaria de salud.

Las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) tienen una importante función que desempeñar. El CIE insta a las ANE a que:

- Influyan a favor de una investigación de enfermería que trate el posible mejoramiento de los planteamientos y estrategias de prevención y detección precoz del cáncer, y la función que en ellos corresponde a las enfermeras.
- Defiendan la inclusión de los nuevos conocimientos y tecnología de prevención y detección precoz del cáncer en los programas de formación básica, postbásica y continua de enfermería.
- Apoyen las iniciativas de concienciación pública que se promuevan y participen en ellas y en las iniciativas de la administración y otras destinadas a la prevención y la detección precoz.
- Promuevan la participación de las organizaciones nacionales de enfermería que se ocupan del cáncer en las actividades internacionales de intercambio sobre la prevención y la detección precoz de éste.
- Influyan para que se incluya en los programas nacionales de inmunización la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH.)

Después de esta aportación por parte del CIE, creemos necesario que las ANE influyan para que se aborden las necesidades que alteran la CV de las mujeres supervivientes al cáncer de mama, puesto que la principal responsabilidad de las enfermeras es la de promocionar la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS



1. OBJETIVOS

- Estudiar la calidad de vida en mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama, identificando las secuelas físicas y psicológicas que padecen.
- Determinar el porcentaje de las mujeres supervivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años que padecen cada una de las secuelas.
- Determinar el porcentaje de las mujeres supervivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años que tienen alterada su calidad de vida.
- Estudiar qué factores sociodemográficos y clínicos están relacionados con la gravedad que presentan las secuelas y por lo tanto influyen en la calidad de vida de las mujeres supervivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años.

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODO



1. METODOLOGÍA

1.1. Diseño

Se ha realizado un estudio observacional y transversal.

1.2. Población y Muestra

La población de estudio está compuesta por mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama, que en el momento de la recogida de muestra estuviesen libres de enfermedad (supervivientes entre 5 y 8 años desde el diagnóstico).

La elección de la muestra se ha realizado entre los años 2005 al 2008 en mujeres diagnosticadas y operadas de cáncer de mama en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) $n=805$ y en el Hospital Morales Meseguer (HMM) $n=459$, un total de 1264 mujeres de las que 211 fueron éxitus, por lo que el resultado fue de 1053 mujeres, de las cuales en una primera revisión de las historias clínicas no cumplían criterios de inclusión 691 mujeres, como se refleja en la figura 6.

Se determinó que el tamaño de la muestra tenía que ser como mínimo de 110 mujeres. Mediante un muestreo aleatorio simple, se obtuvo una muestra de 156 mujeres.

De las 156 mujeres seleccionadas, 36 fueron excluidas del estudio por no cumplir los criterios de inclusión, o cumplir algún criterio de exclusión, con lo que nuestra muestra final es de 120 mujeres.

1.3. Criterios de selección

1.3.1. Los *Criterios de inclusión* para este estudio han sido:

- Ser mujer mayor de 18 años.
- Estar diagnosticada de cáncer de mama un tiempo mínimo de 5 y un máximo de 8 años en el inicio del estudio.
- Realizar las revisiones médicas en alguno de los hospitales seleccionados (HCUVA y HMM).
- Tener controladas las siguientes patologías crónicas: Diabetes Mellitus, Colesterinemia, Afectación del Tiroides o Asma.
- Aceptar participar y firmar libremente el Consentimiento Informado.

1.3.2. Como *criterios de exclusión* se han considerado

- Estar diagnosticada de cáncer de mama bilateral, tener enfermedad metastásica y padecer o haber padecido algún otro tipo de cáncer.
- Tener cualquier otra patología grave y/o crónica no mencionadas en los criterios de inclusión.

1.4. Ámbito de estudio

La recogida de datos se realizó en dos hospitales de la ciudad de Murcia

- Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca:
 - Consultas de Oncología y Ginecología de la Unidad de Mama.
 - Consultas externas de Oncología Médica del Hospital de Día.
- Hospital Universitario Morales Meseguer:
 - Consultas externas de Oncología del Hospital de Día.

1.5. Variables del estudio

Las variables que se han tenido en cuenta son:

1.5.1. *Características sociodemográficas*

El cuestionario sociodemográfico aplicado, de elaboración propia, incluye las variables: edad, estado civil (soltera, casada, separada/divorciada, viuda, pareja de hecho), número de personas que conviven en el domicilio familiar, número de hijos, nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios universitarios), profesión, situación laboral (empleada, desempleada, jubilada), lugar de residencia y creencias religiosas.

1.5.2. *Características Clínicas*

Mediante un cuestionario clínico se pretende determinar los antecedentes relacionados con la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento médicos. Incluye año del diagnóstico, tipo de cirugía a la que fue sometida (mastectomía radical, mastectomía parcial, conservadora, reconstrucción), tratamiento recibido (quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal o combinación de los tres tipos de tratamiento), etapa del cáncer en el momento del diagnóstico (estadio I, II, III, IV), patologías crónicas, y hospital de procedencia.

1.6. Instrumento de medida

Los materiales empleados para la medición de la calidad de vida han sido dos cuestionarios de la EORTC, adaptados en un único cuestionario, y que a continuación se desarrollan.

1.6.1. *Cuestionario de la Calidad de vida*

El instrumento que permite medir la calidad de vida está compuesto por dos cuestionarios de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC)^{78,79,80}. Son el QLQ-C30 y el QLQ-BR23.

La tercera versión de este cuestionario general para todos los tipos de cánceres (EORTC QLQ-C30 versión 3.0) es la que se emplea actualmente. Se han desarrollado, entre otros, módulos para cáncer de pulmón, mama, cabeza y cuello. En la presente investigación, se ha empleado el módulo específico de mama (EORTC QLQ-BR23)⁸¹. Estos cuestionarios están validados y aprobados en la forma requerida por la EORTC para diferentes idiomas⁸², incluyendo su versión en español.

Recientemente se ha publicado un nuevo cuestionario, el QLQ-BRR26, para medir la CV en mujeres con cáncer de mama tratadas con mastectomía, que se pasará en futuras investigaciones junto a los otros dos cuestionarios⁸³.

- El **QLQ-C30** versión 3.0, está compuesto de dos escalas multi-ítem y medidas de un solo ítem. Estas incluyen cinco escalas funcionales, tres escalas de síntomas, un estado de salud y escala de calidad de vida a nivel global, y seis elementos individuales. Cada una de las escalas multi-ítem incluye un conjunto diferente de elementos por lo que no hay ninguno que se repita en más de una escala. Ver anexo 6.
- El **QLQ BR-23** es el módulo específico para medir la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Este incorpora cinco escalas multi-ítem para evaluar: a) los efectos secundarios de la terapia sistémica; b) los síntomas en el brazo, c) los síntomas de la mama; d) la imagen corporal; y e) el funcionamiento sexual.

Como medidas de un solo ítem evalúa: f) el disfrute sexual; g) la pérdida del cabello; y h) la perspectiva de futuro. Ver anexo 7.

En el presente estudio, el QLQ-C30 y el QLQ-BR23 han sido agrupados y adaptados en un único cuestionario, debido a que los instrumentos de la EORTC están destinados a conocer las secuelas en pacientes que estaban recibiendo tratamiento en ese momento. La adaptación de dichos cuestionarios, consiste en una variación del tiempo verbal de las preguntas, transformándolas en preguntas

referenciales. Se les preguntó a las mujeres encuestadas que parámetros habían quedado alterados después de superar la enfermedad. Ver anexo 8.

El cuestionario se aplicó a las 120 mujeres por la investigadora del estudio, asegurándose de que entendían el sentido referencial de las preguntas.

1.7. Limitaciones o dificultades

Como limitación destacamos que los resultados obtenidos no son generalizables a mujeres con más de ocho años de supervivencia.

1.8. Aspectos ético-legales

Para llevar a cabo el presente trabajo en cumplimiento de la norma vigente, se solicitó la autorización del Comité de Bioética de la Universidad de Murcia, y los correspondientes permisos de los Gerentes responsables de los centros incluidos en el estudio (el HCUVA y el HMM), para que se autorizara su realización. Posteriormente se solicitó el consentimiento de los respectivos Jefes de Servicio implicados en la investigación.

A las mujeres estudiadas se les entregó una copia del Consentimiento Informado que debían leer y firmar, en el que se les informaba del objetivo del trabajo y el compromiso de confidencialidad y anonimato que comprometía a la investigadora. Asimismo, se les facilitó un número de teléfono al que podían llamar para plantear posibles dudas o informar en caso de querer abandonar el estudio. Ver anexo 4.

Por otro lado, se les explicó que la confidencialidad de la información obtenida durante el estudio está protegida por el sistema de trato y garantías que establece la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre⁸⁴, sobre protección de datos personales. El compromiso de confidencialidad limita el acceso a la información a la investigadora y las directoras de la Tesis Doctoral.

1.9. Proceso de recogida y análisis de los datos

En primer lugar, se les proporcionó a las mujeres participantes la información relativa al estudio, de manera verbal y escrita. Tras resolver sus dudas, accedieron a firmar el Consentimiento Informado y participar de forma libre y voluntaria.

Las 120 entrevistas fueron realizadas en la consulta hospitalaria a la que acudían para revisión médica, por la doctoranda con el fin de garantizar la máxima fiabilidad en la información y posibilitando la matización de las respuestas.

Para el análisis de los datos se han realizado diferentes pruebas estadísticas, que detallamos a continuación:

- Estudio descriptivo de las variables cuantitativas mediante la media y desviación típica.
- Distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas.
- Análisis factorial para determinar las dimensiones del cuestionario adaptado.
- Estimaciones de parámetros con un nivel de confianza del 95%.
- Contrastes de una proporción.
- Para comparar dos variables cuantitativas, se han realizado contrastes del Coeficiente de Correlación de Pearson.
- Para comparar las variables cualitativas entre sí se ha aplicado un análisis de tablas de contingencias mediante el Test de la χ^2 de Pearson, complementado con un análisis de residuos.
- Para estudiar la relación entre variables cualitativas con cuantitativas, se realizaron comparaciones de igualdad de medias mediante la T de Student combinada en el caso de dos medias, o análisis de varianza simple en el caso de más de dos medias, en ambos casos previa comparación de

varianzas. Si las varianzas son distintas, se aplica el test no exacto de Brown-Forsythe.

En los casos necesarios se ha realizado una transformación normalizante.

Los análisis se realizaron con el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows versión 19.0.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS



CAPITULO IV: RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a lo largo del proceso de investigación, el cual, se va a desarrollar en cuatro apartados:

1. Descriptiva de los datos sociodemográficos y clínicos.
2. Análisis factorial aplicado a los cuestionarios QLQ-C30 + BR-23 adaptados.
3. Frecuencia de la aparición de las secuelas.
4. Comparación de las dimensiones con las variables sociodemográficas y clínicas.

1. DESCRIPTIVA DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

- **Edad:** mujeres que se encuentran entre los 28 y 69 años, siendo la edad media de la muestra de 51,76 años, que corresponde a un intervalo de confianza al 95% (50%; 53,4%).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv.tip.
Años	120	28	69	51,76	8,967

- **Estado civil:** la mayoría de la muestra, el 72,5% corresponde a mujeres casadas, como se observa en la tabla 2. El resto de variables se desglosan en el gráfico 16.

Tabla 2. Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	12	10
Casada	87	72,5
Separada/divorciada	8	6,6
Viuda	7	5,8
Pareja de hecho	6	5
Total	120	100,0

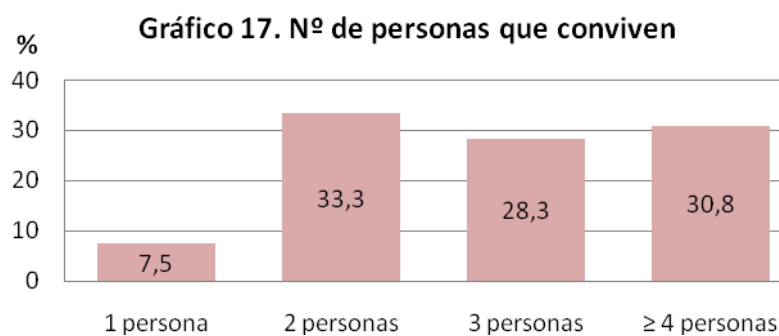


- **Número de personas que conviven en el domicilio familiar**

El 92,5% de las mujeres conviven con una o más personas, sólo el 7,5% de estas viven solas (tabla 3, gráfico 17).

Tabla 3. N° personas que conviven

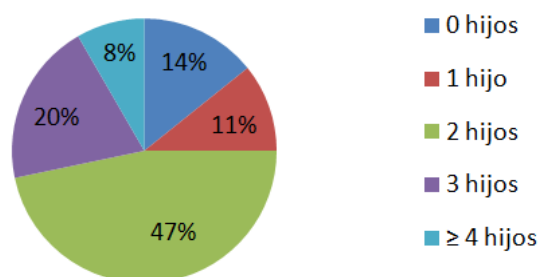
	Frecuencia	Porcentaje
1 persona	9	7,5
2 personas	40	33,3
3 personas	34	28,3
≥4 personas	37	30,8
Total	120	100,0



- **Número de hijos** . Como se observa en la tabla 4 y el gráfico 18, el 46,7% de las mujeres tienen dos hijos, seguido de un 20% con tres hijos.

Tabla 4. N° de hijos		
	Frecuencia	Porcentaje
Ningún hijo	17	14,2
1 hijo	13	10,8
2 hijos	56	46,7
3 hijos	24	20
≥ 4 hijos	10	8,3
Total	120	100,0

Gráfico 18 N° de hijos



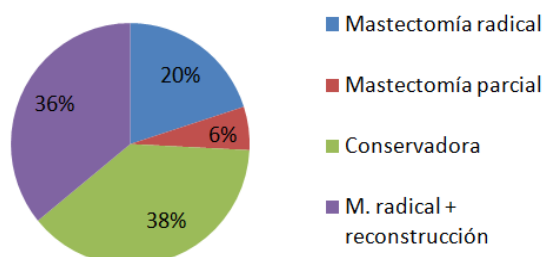
- **Año del diagnóstico**: las mujeres fueron diagnosticadas entre los años 2005 y 2008. Casi un 31% corresponde al año 2007. Tabla 5.

Tabla 5. Año de diagnóstico		
	Frecuencia	Porcentaje
2005	24	20,0
2006	28	23,3
2007	37	30,8
2008	31	25,8
Total	120	100,0

- **Tipo de cirugía:** las pacientes fueron sometidas a mastectomía radical, mastectomía parcial, cirugía conservadora y mastectomía radical con reconstrucción. En tabla 6 y en el gráfico 19 se detallan los porcentajes.

Tabla 6. Tipo de cirugía		
	Frecuencia	Porcentaje
M. radical	24	20
M. parcial	7	5,8
Conservadora	46	38,3
M. radical + reconstrucción	43	35,9
Total	120	100,0

Gráfico 19. Tipo de cirugía

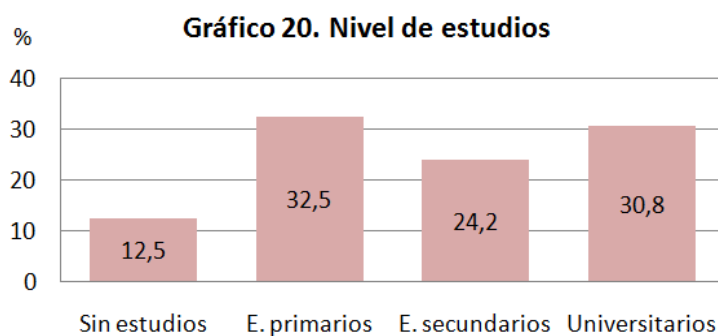


- **Tratamiento recibido:** Casi un 60% de la muestra recibieron la combinación de quimioterapia + radioterapia + terapia hormonal, mientras que solo un 6,7% recibieron monoterapia. Tabla 7.

Tabla 7. Tratamiento		
	Frecuencia	Porcentaje
Quimioterapia	5	4,2
Radioterapia	1	0,8
Terapia hormonal	2	1,7
Quimio + radio	24	20
Quimio + radio + terapia hormonal	70	58,3
Quimio + t. hormonal	17	14,5
Total	120	100,0

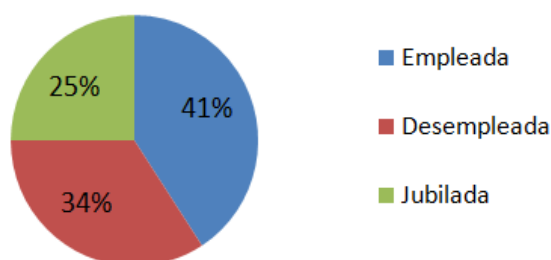
- **Nivel de estudios:** sin estudios 12,5%, estudios primarios 32,5% estudios secundarios 24,2% y estudios Universitarios 30,8%. Tabla 8, gráfico 20.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	15	12,5
E. Primarios	39	32,5
E. Secundarios	29	24,2
E. Univesritarios	37	30,8
Total	120	100,0



- **Situación laboral:** el 41% de las mujeres estudiadas se encuentra en una situación laboral activa, como se observa en la tabla 9, gráfico 21.

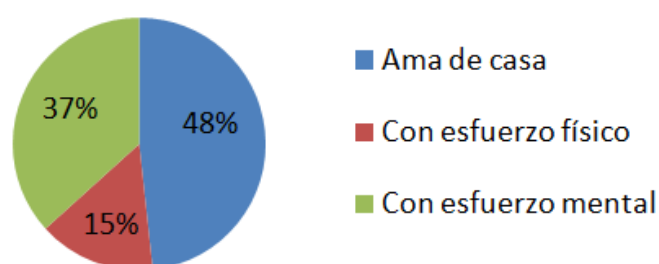
	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	49	40,8
Desempleada	41	34,2
Jubilada	30	25
Total	120	100,0

Gráfico 21. Situación laboral

- **Profesión:**

Se agruparon en tres tipologías: 1) Ama de casa; 2) Profesión con esfuerzo físico; 3) Profesión con esfuerzo mental. Tabla 10, gráfico 22.

Tabla 10. Profesión		
	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	58	48,3
P. con esfuerzo físico	18	15
P. con esfuerzo mental	44	36,7
Total	120	100,0

Gráfico 22. Profesión

- **Lugar de residencia:**

Se ha seguido el esquema de clasificación territorial de la Región de Murcia por Áreas, como se refleja en la figura 7, que a su vez se han agrupado en tres zonas:

- Zona 1: Áreas I, VII, VI;
- Zona 2: Áreas IV; V; IX;
- Zona 3: Áreas II; VIII; III.

La zona 1 (Murcia Este, Murcia Oeste y Vega Media del Segura) son las áreas que más población recogen, con un 81% de la muestra. Ver tabla 11, gráfico 23.

Figura 6. Distribución territorial de las Áreas de Salud

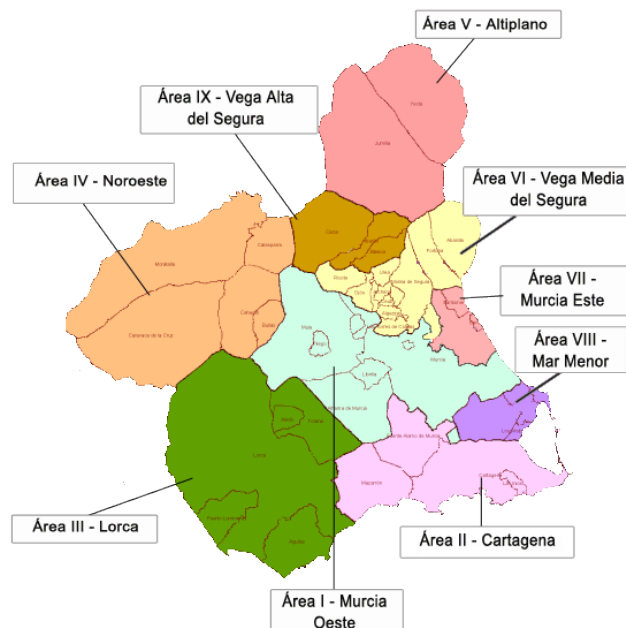
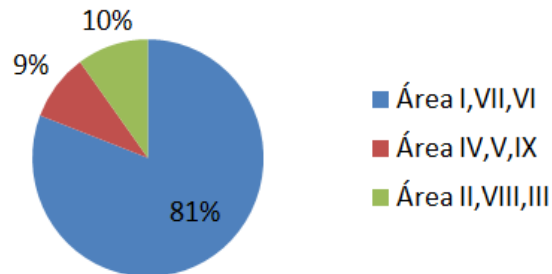


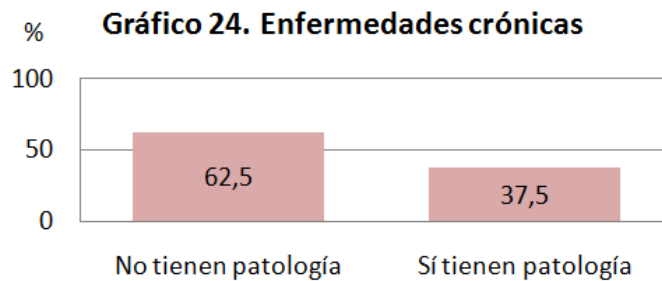
Tabla 11. Lugar de residencia

	Frecuencia	Porcentaje
Área I,VII,VI	97	80,8
Área IV,V,IX	11	9,2
Área II,VIII,III	12	10
Total	120	100,0

Gráfico 23. Lugar de residencia

- **Patologías crónicas:** esta variable está clasificada en dos grupos:
 - Grupo 1, formado por mujeres que no tienen ningún tipo de patología crónica, 62,5%.
 - Grupo 2, mujeres que tienen una o más patologías crónicas aceptadas en los criterios de inclusión, 37,5%.

Tabla 12. Patología crónica		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin enfermedad crónica	75	62,5
Con enfermedad crónica	45	37,5
Total	120	100,0



2. ANÁLISIS FACTORIAL DE LOS CUESTIONARIOS QLQ-C30 + BR-23 ADAPTADOS

2.1. Análisis de las dimensiones

Tras la realización del análisis factorial del cuestionario adaptado, se destacan las siguientes dimensiones (secuelas) con el porcentaje de varianza explicado:

- A. Problemas del brazo (23,02%).*
- B. Estado físico (6,93%).*
- C. Satisfacción con la imagen corporal (6,22%).*
- D. Estado emocional (5,12%).*
- E. Funcionamiento social (4,4%).*
- F. Funcionamiento sexual (3,8%).*
- G. Problemas de alimentación (3,4%).*
- H. Molestias de la mama (3,2%).*

Estas 8 dimensiones engloban 34 ítems, a continuación se procede a describir cada una de ellas.

A. Problemas del brazo

Esta dimensión, hace referencia a situaciones centradas en el brazo afectado como son, las actividades de la vida diaria, el dolor, la inflamación, limitaciones de la movilidad y la incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. Es una dimensión física.

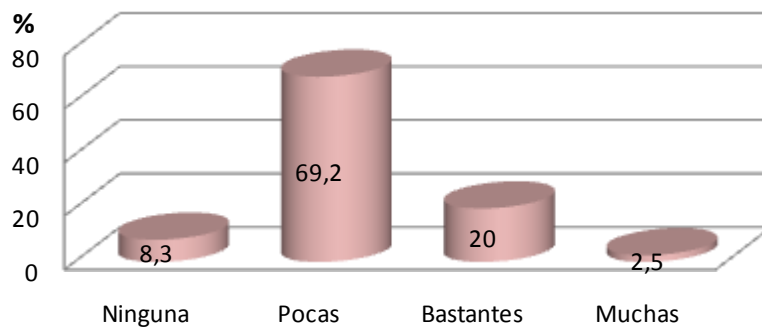
La constituyen 7 preguntas (1; 6; 9; 19; 47- 49) del cuestionario, y el rango de valores, oscilan entre 7 y 28 puntos. Una puntuación de 7 se considera como ausencia de molestias en el brazo, entre 8 y 14 corresponde a pocas, 15 y 21 bastantes, y de 22 o superior tienen muchas molestias.

Los resultados y estimaciones obtenidos, oscilan entre 7 de puntuación mínima y 23 de máxima (tabla 13, gráfico 25).

Tabla 13. PROBLEMAS DEL BRAZO			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Ninguna (7)	10	8,3	(3,3%; 13,3%)
Pocas (8 - 14)	83	69,2	(66,2%; 72,2%)
Bastantes (15 - 21)	24	20	(12,8%; 27,2%)
Muchas (22 - 23)	3	2,5	(0%; 5,3%)
Total	120	100,0	

Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más del 88% padecen problemas del brazo con una $p < 0,05$.

Gráfico 25. Problemas del brazo



Interesa destacar las mujeres que tienen problemas en el brazo que sean susceptibles de mejorar, por lo que en esta dimensión y en las 7 restantes, se van a agrupar las respuestas, de la siguiente manera:

- **Mujeres que no tienen afectadas su calidad de vida:** vamos a considerar a aquellas que respondieron “en absoluto” o “un poco”.
- **Mujeres que tienen afectada la calidad de vida:** son aquellas que respondieron “bastante” o “mucho”.

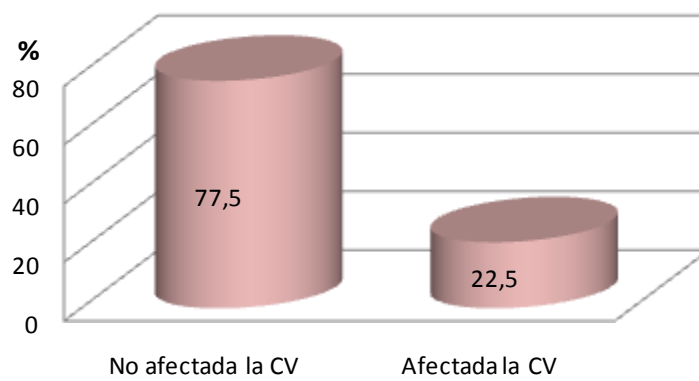
De esta manera, evitamos valorar otros factores que no son atribuibles al cáncer de mama, considerando que las mujeres que tienen alterada la calidad de vida, son aquellas que tienen un grado de padecimiento de las secuelas elevado.

Los resultados agrupados en los problemas del brazo se recogen en la tabla 14 y el gráfico 26.

Tabla 14. PROBLEMAS DEL BRAZO AGRUPADO

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
No afectada la CV	93	77,5	(70%; 85%)
Afectada la CV	27	22,5	(15%; 30%)
Total	120	100,0	

Gráfico 26. Problemas del brazo agrupado



B. Estado físico

Hace referencia a situaciones posiblemente provocadas por los tratamientos recibidos, como son la sensación de malestar, cansancio, debilidad, insomnio y fatiga. Es una dimensión física.

Esta dimensión la constituyen 7 preguntas (8; 10-12; 18; 31; 36) del cuestionario, y el rango de valores oscila entre 7 y 28 puntos.

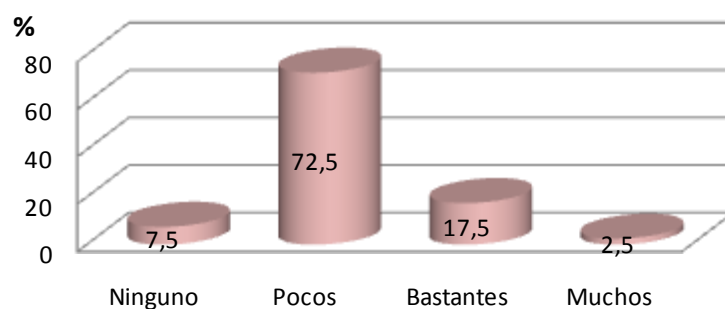
Una puntuación de 7 se considera que tienen un estado físico bueno, una puntuación entre 8 y 14 corresponde a un estado físico aceptable, entre 15 y 21 regular y al obtener una puntuación de 22 o superior se considera que tienen un estado físico malo.

Los resultados y estimaciones obtenidos oscilan entre 7 de puntuación mínima y 25 de máxima, según se refleja en la tabla 15 y gráfico 27.

Tabla 15. ESTADO FÍSICO			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Bueno (7)	9	7,5	(2,8%; 12,2%)
Aceptable (8 - 14)	87	72,5	(64,9%; 80,1%)
Regular (15 - 21)	21	17,5	(10,7%; 24,3%)
Malo (22 - 25)	3	2,5	(0%; 5,3%)
Total	120	100,0	

En el contraste de una proporción se obtienen resultados de más del 88% de alteración del estado físico con una $p < 0,05$.

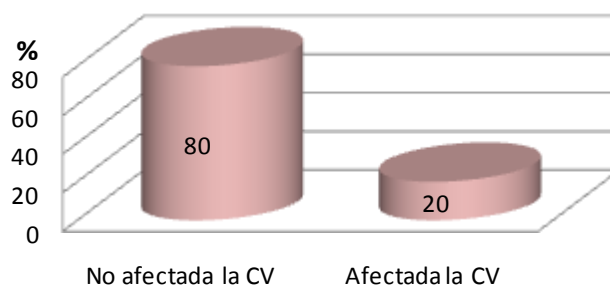
Gráfico 27. Estado físico



Los resultados agrupados del estado físico se describen en la tabla 16 y el gráfico 28.

Tabla 16. ESTADO FÍSICO AGRUPADO			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
No afectada la CV	96	80	(72,8%; 87,2%)
Afectada la CV	24	20	(13%; 27%)
Total	120	100,0	

Gráfico 28. Estado físico agrupado



C. Satisfacción de la imagen corporal

La siguiente dimensión es de afectación psicológica y pretende conocer la satisfacción y percepción que tienen estas mujeres de su cuerpo después de la cirugía. Incluye los siguientes aspectos: afectación de su percepción sobre su feminidad, dificultad para mirar su cuerpo desnudo, y la apreciación de sentirse atractivas.

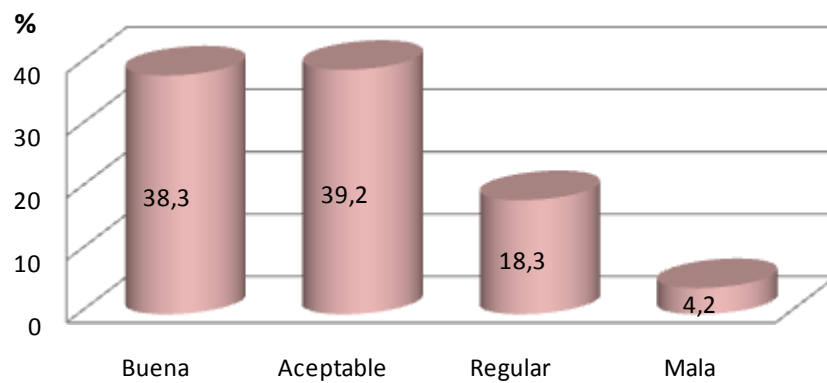
Para medirla se incluyen 4 preguntas (de la 39 a la 42) del cuestionario, y el rango de valor oscila entre 4 y 16 puntos.

Una puntuación de 4 indica una buena imagen corporal, entre 5 y 8 corresponde a una imagen aceptable, entre 9 y 12 regular, mientras que una puntuación de 13 o superior se considera que tienen mala imagen corporal de sí mismas.

Los resultados y estimaciones obtenidos en la muestra, oscilan entre 4 de puntuación mínima y 16 de máxima, tabla 17 y gráfico 29.

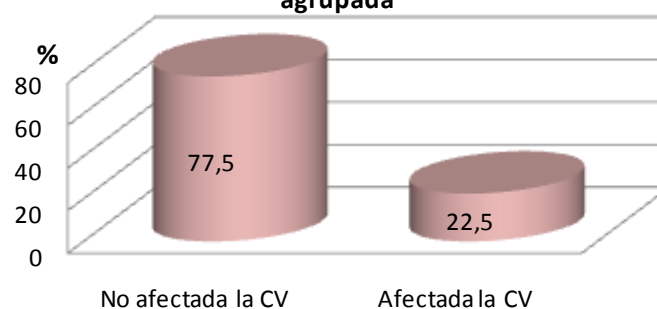
Tabla 17. SATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Buena (4)	46	38,3	(29,6%; 47%)
Aceptable (5 - 8)	47	39,2	(30,5%; 47,9%)
Regular (9 - 12)	22	18,3	(11,4%; 25,2%)
Mala (13 - 16)	5	4,2	(0,6%; 7,8%)
Total	120	100,0	

Más del 60% informan de insatisfacción con su imagen corporal, mediante un contraste de una proporción, con una $p < 0,05$.

Gráfico 29. Satisfacción de la imagen corporal

Los resultados agrupados de la satisfacción de la imagen corporal se muestran en la tabla 18, gráfico 30.

Tabla 18. SATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL AGRUPADA			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
No afectada la CV	93	77,5	(70%; 85%)
Afectada la CV	27	22,5	(15%; 30%)
Total	120	100,0	

Gráfico 30. Satisfacción de la imagen corporal agrupada

D. Estado emocional

Hace referencia al estado de ánimo de las mujeres supervivientes, es decir, si se encuentran nerviosas, preocupadas, deprimidas, irritables y si la enfermedad ha repercutido en su situación económica, estos ítems se miden con las preguntas (21-24; 28) cuyo rango de valor oscila entre 5 y 20 puntos. Es una dimensión psicológica.

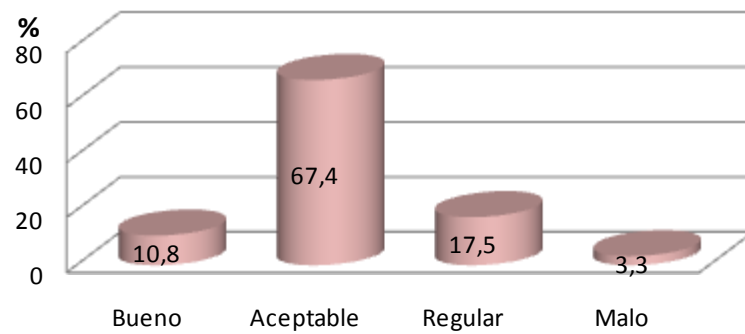
Una puntuación de 5 se considera un estado emocional bueno, 6 y 10 corresponde a un estado emocional aceptable, entre 11 y 15 regular y cuando pasamos a una puntuación de 16 o superior se considera que tienen un mal estado emocional.

Los resultados y estimaciones obtenidos, oscilan entre 5 de mínima y 20 de máxima. Ver tabla 19 y gráfico 34.

Tabla 19. ESTADO EMOCIONAL			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Bueno (5)	13	10,8	(5,2%; 16,3%)
Aceptable (6 - 10)	82	68,4	(59%; 75,8%)
Regular (11 - 15)	21	17,5	(10,7%; 24,3%)
Malo (16 - 20)	4	3,3	(0,1%; 6,5%)
Total	120	100,0	

Según el contraste de una proporción más del 85% presentan alterado el estado emocional ($p < 0,05$).

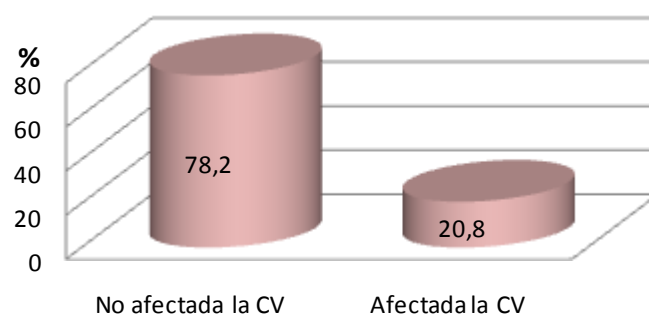
Gráfico 31. Estado emocional



Los resultados agrupados del estado emocional se desarrollan en la tabla 20 y gráfico 32.

Tabla 20. ESTADO EMOCIONAL AGRUPADO			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
No afectada la CV	94	78,2	(70,8%; 85,5%)
Afectada la CV	26	20,8	(13,5%; 28%)
Total	120	100,0	

Gráfico 32. Estado emocional agrupado



E. Funcionamiento social

Referencia los cambios que hayan ocurrido con su círculo de relaciones familiares, sociales y/o cambios en las actividades de ocio. Es una dimensión psicológica. Se mide con 3 preguntas (7; 26; 27) del cuestionario.

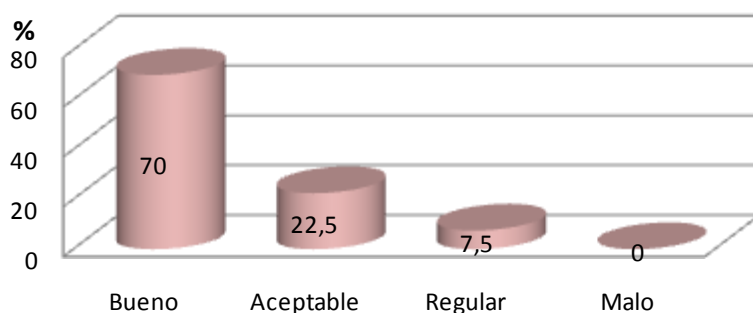
El rango de valores oscila entre 3 y 12 puntos. Obteniéndose 3 de puntuación mínima y 8 de máxima. 3 puntos significa un funcionamiento social bueno, entre 4 y 6 aceptable, 7 y 9 regular y una puntuación de 10 o superior se considera que tienen un mal funcionamiento social.

Los resultados y estimaciones obtenidos en la muestra, oscilan entre 3 de puntuación mínima y 8 de máxima, según refleja la tabla 21 y el gráfico 33.

Tabla 21. FUNCIONAMIENTO SOCIAL			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Bueno (3)	84	70,0	(61,8%; 78,2%)
Aceptable (4 - 6)	27	22,5	(15%; 30%)
Regular (7 - 8)	9	7,5	(2,8%; 12,2%)
Total	120	100,0	

El contraste de una proporción refleja que más del 25% presentan alterado el funcionamiento social con una $p < 0,05$.

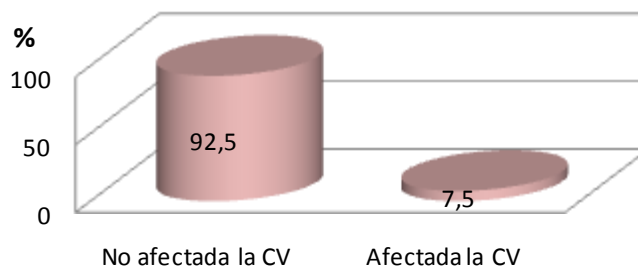
Gráfico 33. Funcionamiento social



Los resultados agrupados del funcionamiento social se muestran en la tabla 22, y el gráfico 34.

Tabla 22. FUNCIONAMIENTO SOCIAL AGRUPADO			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
No afectada la CV	111	92,5	(87,8%; 97,2%)
Afectada la CV	9	7,5	(2,8%; 12,2%)
Total	120	100,0	

Gráfico 34. Funcionamiento social agrupado



F. Funcionamiento sexual

En este apartado, se abordan las alteraciones producidas en la sexualidad de estas mujeres, tales como cambios en su interés por el sexo y el placer de las relaciones sexuales. Esta dimensión se ha considerado de carácter psicológico.

El funcionamiento sexual, está constituido por 3 preguntas (44-46) del cuestionario, cuya puntuación oscila entre 3 y 12 puntos.

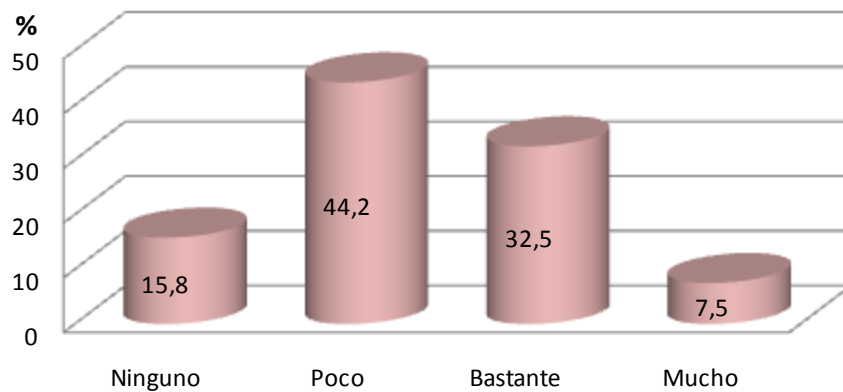
Una puntuación de 3 se considera que no tienen funcionamiento sexual, entre 4 y 6 nos informa de poco funcionamiento sexual, 7 y 9 bastante y cuando pasamos a una puntuación de 10 o superior se considera que tienen mucho funcionamiento sexual.

Los resultados y estimaciones obtenidos en la muestra, oscilan entre 3 de puntuación mínima y 12 de máxima, ver tabla 23 y gráfico 35.

Tabla 23. FUNCIONAMIENTO SEXUAL			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Ninguno (3)	19	15,8	(9,3%; 22,3%)
Poco (4 - 6)	53	44,2	(35,3%; 53%)
Bastante (7 - 9)	39	32,5	(24,1%; 40,9%)
Mucho (10 - 12)	9	7,5	(2,8%; 12,2%)
Total	120	100,0	

Mediante el contraste de una proporción obtenemos que más del 88% presentan alterado el funcionamiento sexual con una $p < 0,05$.

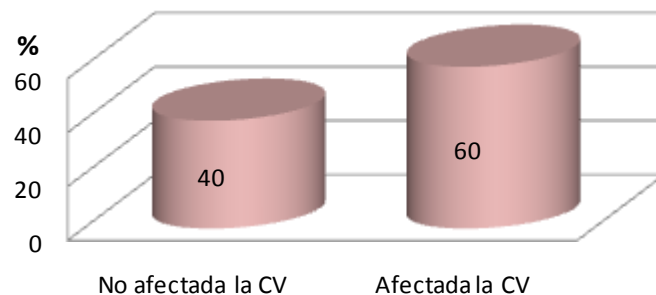
Gráfico 35. Función sexual



Los resultados agrupados del funcionamiento sexual se describen en la tabla 24 y el gráfico 36.

Tabla 24. FUNCIONAMIENTO SEXUAL AGRUPADO			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
No afectada la CV	48	40	(31,2%; 48,8%)
Afectada la CV	72	60	(51,2%; 68,8%)
Total	120	100,0	

Gráfico 36. Función sexual agrupado



G. Problemas de alimentación

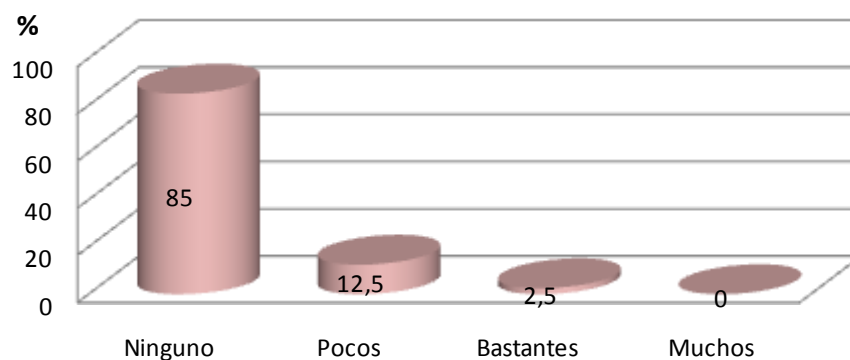
Se valora la falta de apetito, las náuseas y los vómitos. Es una dimensión física que se mide mediante 3 preguntas (13, 14, 15) del cuestionario, cuyo rango de valor oscila entre 3 y 12 puntos. Cuando se obtiene un 3 se considera que no hay problemas de alimentación, entre 4 y 6 se corresponde con unos pocos problemas de alimentación, 7 y 9 bastantes. Una puntuación de 10 o superior se asocia con muchos problemas de alimentación.

Los resultados y estimaciones obtenidos, oscilan entre 3 de mínima y 8 de máxima como se observa en la tabla 25 y el gráfico 37.

Tabla 25. PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Ninguno (3)	102	85,0	(78,6%; 91,4%)
Pocos (4 - 6)	15	12,5	(6,6%; 18,4%)
Bastantes (7 - 8)	3	2,5	(0%; 5,3%)
Total	120	100,0	

Según el contraste de una proporción afirmamos que más del 10% presentan problemas de alimentación con una $p < 0,05$.

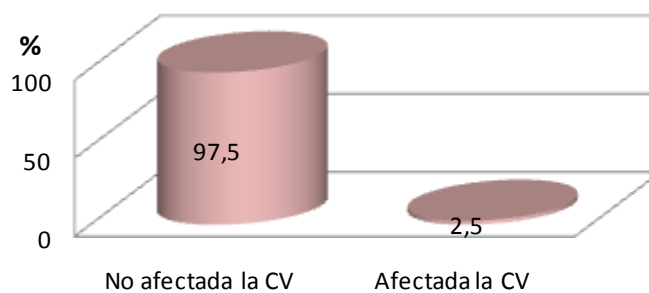
Gráfico 37. Problemas de alimentación



Resultados agrupados sobre los problemas de alimentación. Tabla 26, gráfico 38.

Tabla 26. PROBLEMAS DE ALIEMNTACIÓN AGRUPADOS			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
No afectada la CV	117	97,5	(94,7%; 100%)
Afectada la CV	3	2,5	(0%; 5,3%)
Total	120	100,0	

Gráfico 38. Problemas de alimentación agrupados



H. Molestias en la mama

Nos da información sobre la afectación de la mama referente a la sensibilidad o el dolor que pueden padecer. Es una dimensión física constituida por 2 preguntas (50; 52) del cuestionario, cuya puntuación oscila entre 2 y 8 puntos.

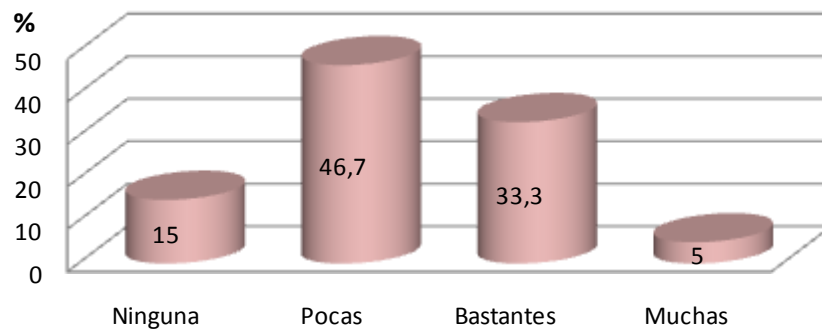
Una puntuación de 2 indica ausencia de molestias, entre 3 y 4 corresponden a unas pocas molestias en la mama, 5 y 6 bastantes y valores de 7 o superiores se consideran como muchas molestias en la mama.

Los resultados y estimaciones obtenidos en la muestra, oscilan entre 2 de puntuación mínima y 8 de máxima, ver tabla 27 y gráfico 39.

Tabla 27. MOLESTIAS EN LA MAMA			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Ninguno (2)	18	15	(8,6%; 21,4%)
Pocos (3 - 4)	56	46,7	(37,8%; 55,6%)
Bastantes (5 - 6)	40	33,3	(24,9%; 41,7%)
Muchos (7 - 8)	6	5	(1,1%; 8,4%)
Total	120	100,0	

Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más del 80% presentan molestias en la mama con una $p < 0,05$.

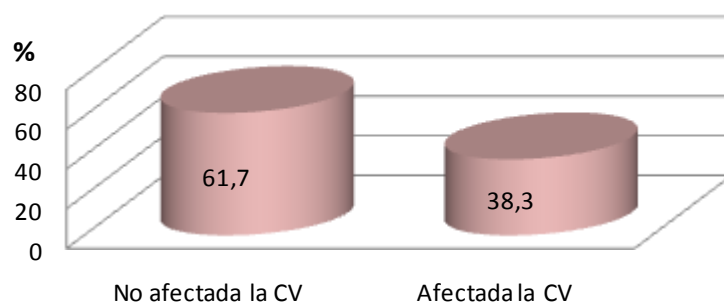
Gráfico 39. Molestias de la mama



Los resultados agrupados sobre las molestias de la mama se desarrollan en la tabla 28 y gráfico 40.

Tabla 28. MOLESTIAS EN LA MAMA			
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
No afectada la CV	74	61,7	(53%; 70,4%)
Afectada la CV	46	38,3	(29,8%; 47,2%)
Total	120	100,0	

Gráfico 40. Molestias de la mama agrupada



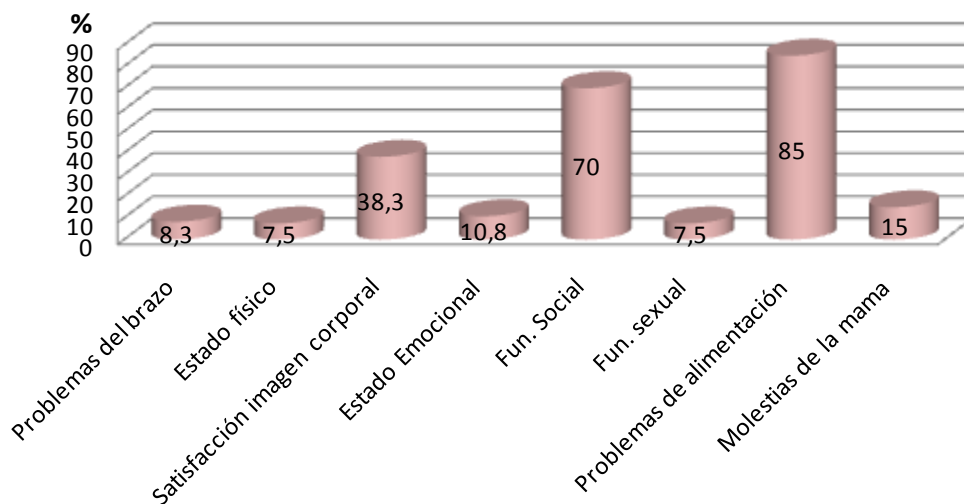
Tras realizar el análisis de las dimensiones estudiadas, se consideró que las mujeres que no tienen afectadas dichas dimensiones, es decir, no se encuentra alterada su calidad de vida. Por el contrario, las mujeres que tienen afectadas estas dimensiones, presentan una calidad de vida alterada.

2.2. Estudio global de las dimensiones (secuelas)

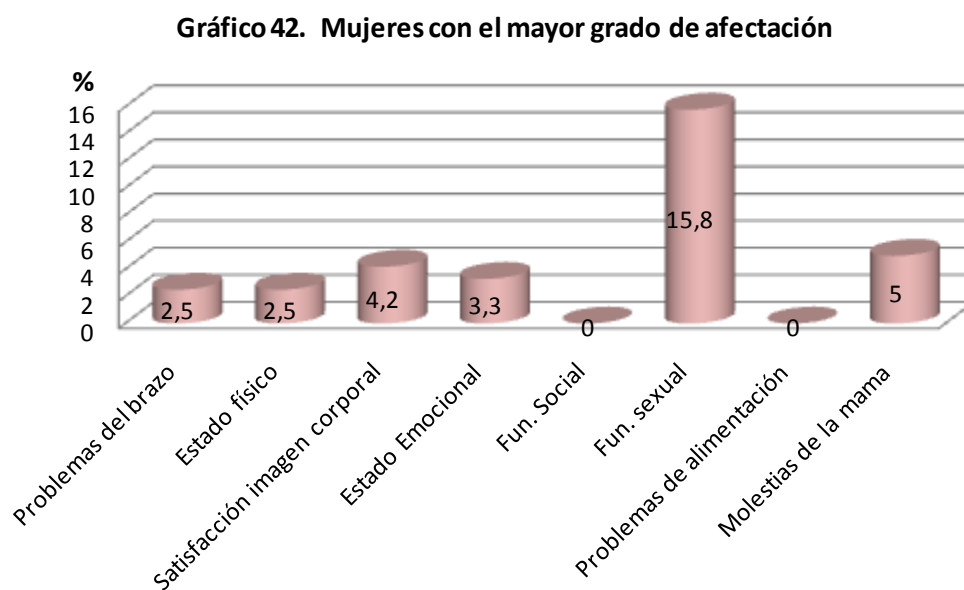
En los siguientes gráficos, se recogen las dimensiones que se han desarrollado anteriormente, en primer lugar, se van a agrupar teniendo en cuenta los dos extremos de respuesta. En el gráfico 41 se observan los porcentajes de las 8 secuelas de mujeres que respondieron “en absoluto”, y en el gráfico 42 los porcentajes de las secuelas estudiadas que respondieron “mucho”.

El porcentaje más elevado de mujeres que no presentan secuelas, aparece en los problemas de alimentación y en el funcionamiento social.

Gráfico 41. Mujeres que no tienen ningún grado de afectación



Por el contrario, el porcentaje más elevado de mujeres que presentan el mayor grado de padecimiento (“mucho”) se encuentra, en el funcionamiento sexual y los problemas de la mama.

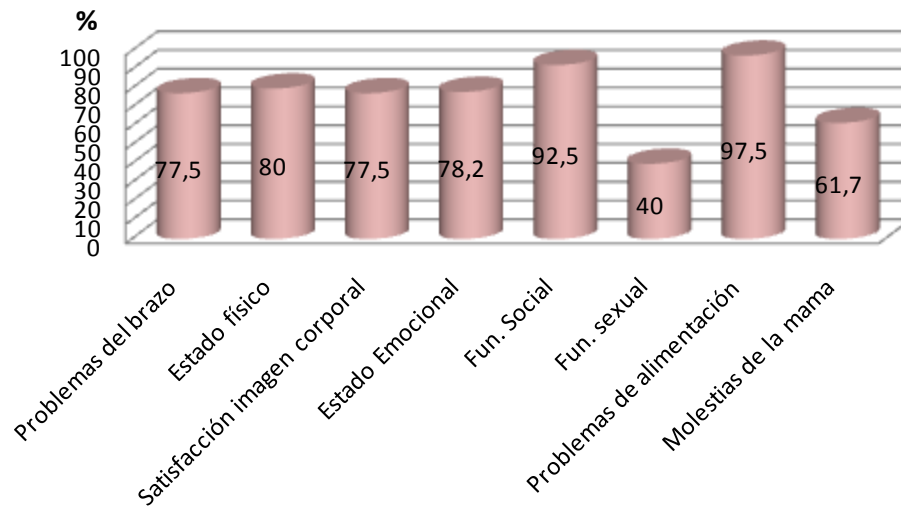


2.3. Estudio global de la calidad de vida

Teniendo en cuenta las dos variables que se han generado, *no afectada la calidad de vida / afectada la calidad de vida*, se van a elaborar dos nuevos gráficos.

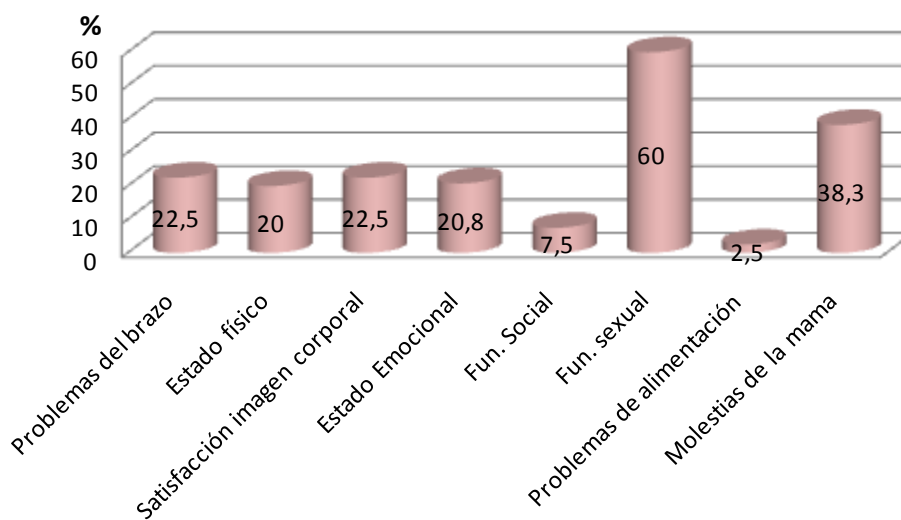
En el gráfico 43 se desarrolla el porcentaje de mujeres no afectadas, es decir, respondieron “en absoluto” o “un poco”. Las secuelas que menos afectan a estas mujeres son el funcionamiento social y los problemas de alimentación.

Gráfico 43. Porcentaje de mujeres que no tienen afectada la calidad de vida.



En el gráfico 44 se desarrolla el porcentaje de mujeres afectadas, es decir, respondieron “bastante” o “mucho”. A pesar de que todas las secuelas se encuentran afectadas, las que presentan un grado más elevado de padecimiento son el funcionamiento sexual y las molestias de la mama.

Gráfico 44. Porcentaje de mujeres que tienen afectada la calidad de vida.



3. FRECUENCIA DE LA APARICIÓN DE SECUELAS

Tras analizar globalmente las 8 dimensiones (secuelas), se han generado dos variables.

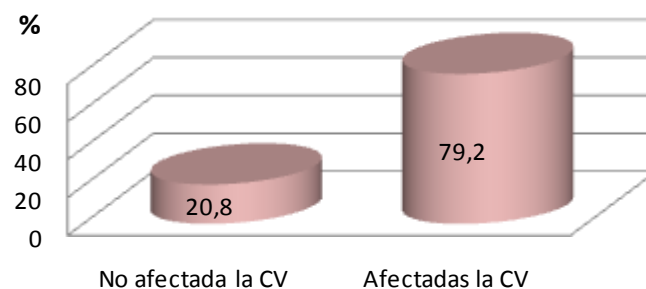
- La primera para detectar las mujeres que no presentan ninguna secuela, y el resultado de esta variable es que *no existe ninguna mujer que no tenga ninguna secuela*. Todas ellas presentan alguna secuela, aunque sea leve.
- En la segunda variable, se han unido las respuesta “en absoluto” o “un poco” en mujeres no afectadas, y “bastante” o “mucho” en mujeres afectadas por una o más secuelas. Como se puede comprobar en la tabla 29 y 30, sólo el 20,8% de estas mujeres no están afectadas.

Tabla 29. MUJERES AFECTADAS O NO POR LAS SECUELAS		
Valores	Frecuencia	Porcentaje
No afectadas	25	20,8
Afectadas por 1 secuela	38	31,7
Afectadas por 2 secuelas	26	21,7
Afectadas por 3 secuelas	15	12,5
Afectadas por 4 secuelas	10	8,3
Afectadas por 5 secuelas	3	2,5
Afectadas por 6 secuelas	2	1,7
Afectadas por 7 secuelas	1	0,8
Total	120	100,0

Como se puede comprobar en la tabla 30 y en el gráfico 45, el 79,2% de la muestra padecen una o más secuelas, alterando la calidad de vida de estas mujeres, con un intervalo de confianza del 95% (71,2%; 87,2%). Por lo que más del 75% de estas mujeres supervivientes al cáncer de mama presentan una o más secuelas con una $p < 0,05$.

Tabla 30. MUJERES AFECTADAS O NO POR LAS SECUELAS. AGRUPADO.		
Valores	Frecuencia	Porcentaje
No afectadas	25	20,8
Afectadas (calidad de vida alterada)	95	79,2
Total	120	100,0

Gráfico 45. Porcentaje de mujeres afectadas o no por las secuelas



4. COMPARACIÓN DE LAS DIMENSIONES CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

4.1. Resultado de las dimensiones que han dado significación con las variables sociodemográficas y clínicas

A partir de ahora se van a estudiar las relaciones entre las dimensiones y las variables sociodemográficas y clínicas, por lo que es conveniente recordar que a mayor puntuación más afectadas están estas mujeres, en todas las dimensiones excepto en el funcionamiento sexual, que es a la inversa, por cómo se realizó la pregunta, a menor puntuación el grado de afectación es mayor.

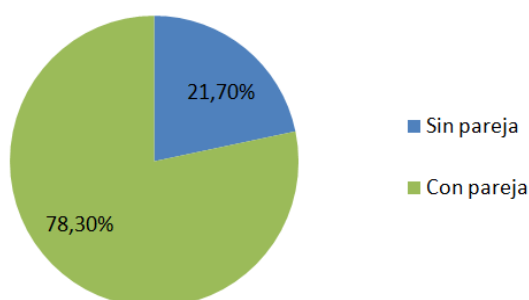
Algunas variables sociodemográficas y clínicas han sido agrupadas para realizar las comparaciones. A continuación desarrollamos la nueva descriptiva de la variable sociodemográficas y clínicas que han sido agrupadas.

- Estado civil agrupado:

Se han generado dos grupos: mujeres sin pareja (soltera + separada/divorciada + viuda) y con pareja (casada + pareja de hecho + separada con pareja) se observan los porcentajes en la tabla 31, gráfico 46.

Tabla 31. Estado civil agrupado		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin pareja	26	21,7
Con pareja	94	78,3
Total	120	100,0

Gráfico 46. Estado civil agrupado

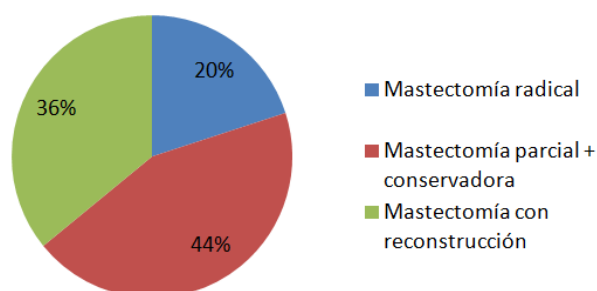


- **Tipo de cirugía agrupada:**

En tres grupos: mastectomía radical, mastectomía parcial + conservadora, y mastectomía radical con reconstrucción, se reflejan los porcentajes en la tabla 32, gráfico 47.

Tabla 32. Tipo de cirugía agrupada		
	Frecuencia	Porcentaje
Mastectomía radical	24	20
Mastectomía parcial + conservadora	53	44
Mastectomía con reconstrucción	43	36
Total	120	100,0

Gráfico 47. Tipo de cirugía agrupada

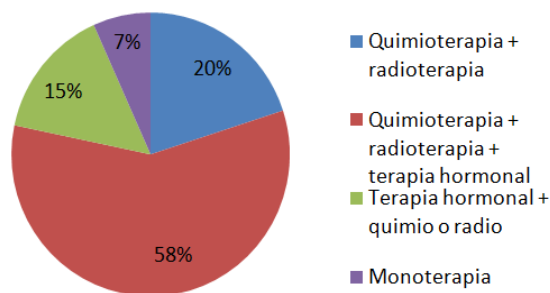


- **Tratamiento agrupado:**

Las pacientes han recibido uno de los siguientes tratamientos, quimioterapia + radioterapia, quimioterapia + radioterapia + terapia hormonal, terapia hormonal + quimio (n=12) o radio (n=6) y monoterapia (quimioterapia; radioterapia; terapia hormonal; ninguno). Tabla 33, gráfico 48.

Tabla 33. Tratamiento agrupado		
	Frecuencia	Porcentaje
Quimioterapia + radioterapia	24	20
Quimioterapia + radioterapia + terapia hormonal	70	58
Terapia hormonal + quimioterapia o radioterapia	18	15
Monoterapia	8	7
Total	120	100,0

Gráfico 48. Tratamiento agrupado



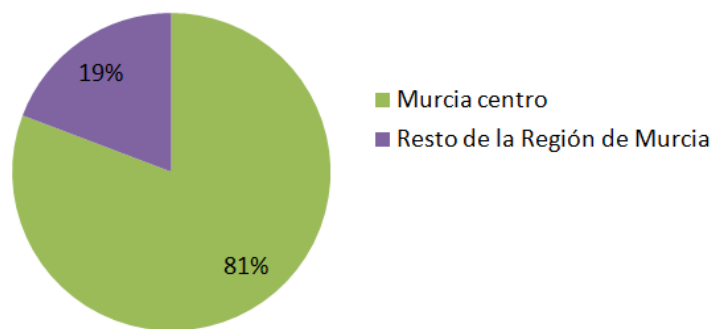
- **Lugar de residencia agrupado:**

Como se observa en la tabla 34 y el gráfico 49, los municipios han sido clasificados por áreas que a su vez, han sido divididos en dos grupos:

- Murcia: 1 + 7 + 6 (n=97).
- Resto de la Región: 2 + 3 + 4 + 5 + 8 + 9 (n=23).

Tabla 34. Lugar de residencia agrupado		
	Frecuencia	Porcentaje
Murcia	97	81
Resto de la Región	23	19
Total	120	100,0

Gráfico 49. Lugar de residencia agrupado



4.2. Relación de los problemas del brazo con las variables sociodemográficas y clínicas.

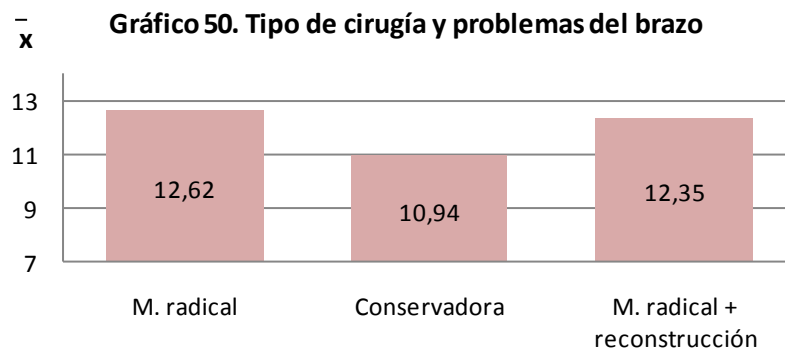
En la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con los problemas del brazo, se han obtenido las siguientes relaciones significativas:

- **Tipo de cirugía y problemas del brazo.**

Se ha realizado un análisis de varianza simple (ANOVA), previa comparación de varianzas, complementado con comparaciones de medias dos a dos.

Los resultados descriptivos del análisis se muestran en la tabla 35 y gráfico 50.

Tabla 35. Tipo de cirugía y problemas del brazo			
Tipo de cirugía	N	Media	Desviación típica
M. Radical	24	12,625	4,041
Conservadora	53	10,943	3,845
M. Radical + Reconstrucción	43	12,348	3,791
Total	120	11,783	3,906



Existen diferencias significativas entre las medias de los valores del problema del brazo y el tipo de cirugía, con una $p < 0,05$, las comparaciones de medias dos a dos se muestran en la tabla 36 y han dado las siguientes significaciones:

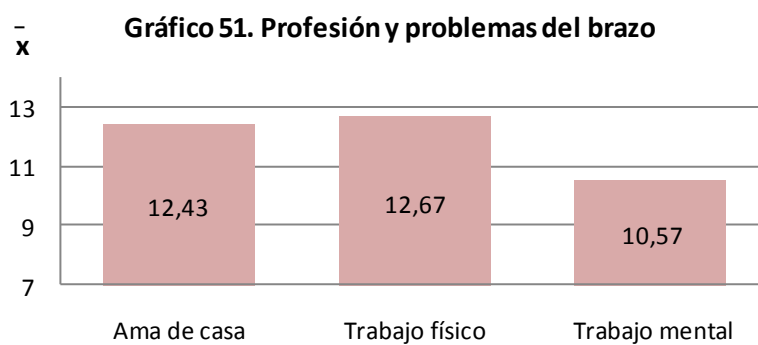
Tabla 36. Comparaciones de medias dos a dos		
Tipo de cirugía	Tipo de cirugía	Sig.
M. Radical	Conservadora	$p < 0,05$
	M. Radical + reconstrucción	NS
Conservadora	M. Radical + reconstrucción	$p < 0,05$

La puntuación media de la cirugía conservadora, en cuanto a los problemas del brazo, es significativamente inferior, que el resto de cirugías, lo que supone que tienen menos problemas en el brazo las mujeres que fueron sometidas a cirugía conservadora.

- **Profesión y problemas del brazo.**

Mediante un análisis de varianza simple (ANOVA), previa comparación de varianzas, complementado con comparaciones de medias dos a dos. Los resultados descriptivos del análisis se reflejan en la tabla 37 y gráfico 51.

Profesión	N	Media	Desviación típica
Ama de casa	58	12,431	4,091
Trabajo físico	13	12,666	3,597
Trabajo mental	44	10,568	3,539
Total	120	11,783	3,906



Se han encontrado diferencias significativas entre las medias de los valores del problema del brazo y la profesión, con una $p < 0,03$, las comparaciones de medias dos a dos observan en la tabla 38, dando las siguientes significaciones:

Tabla 38. Comparaciones de medias dos a dos		
Profesión	Profesión	Sig.
Ama de casa	Trabajo físico	NS
	Trabajo mental	$p < 0,02$
Trabajo físico	Trabajo mental	$p < 0,05$

La puntuación media del trabajo de tipo mental, en cuanto a los problemas del brazo, es significativamente inferior, que las mujeres que realizan un trabajo físico, lo que supone que tienen menos problemas en el brazo las mujeres que realizan trabajos de tipo intelectual.

No se han encontrado diferencias significativas entre la edad, ni el tipo de tratamiento con los problemas del brazo.

4.3. Relación del estado físico con las variables sociodemográficas y clínicas.

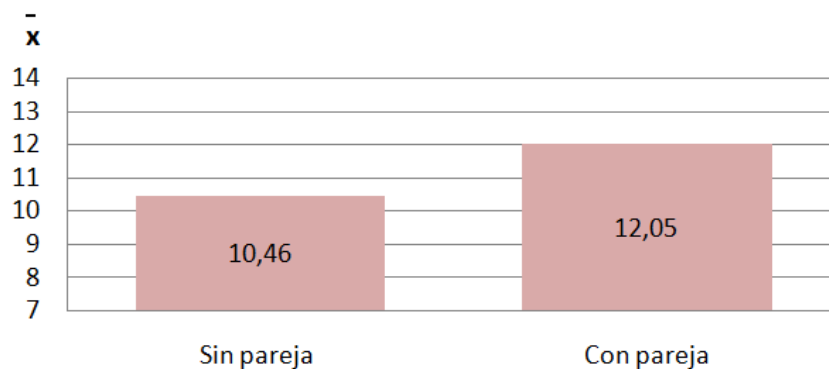
Han dado relaciones significativas las siguientes:

- **El estado civil y estado físico**

Previa comparación de varianzas, se realizó el Test de Brow-Forsythe. Los resultados descriptivos del análisis, se muestran en la tabla 39 y gráfico 52.

Estado civil	N	Media	Desviación típica
Sin pareja	26	10,461	2,284
Con pareja	94	12,053	4,220
Total	120	11,708	3,930

Gráfico 52. Estado civil y estado físico



Según el análisis, podemos decir que la puntuación media de las mujeres con pareja es significativamente superior a las que no tienen pareja, con una $p < 0,01$. Como se ha visto, las mujeres que tienen pareja presentan peor estado físico que las que no tienen pareja.

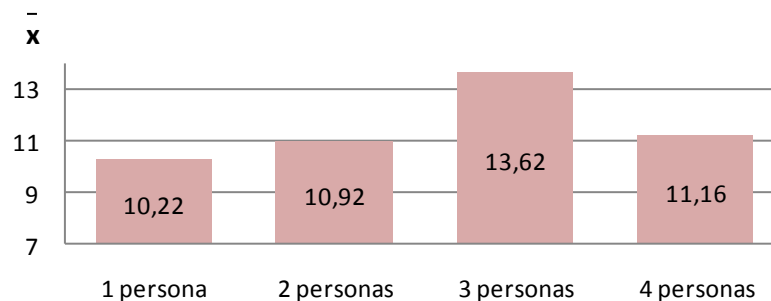
- **Convivencia y estado físico**

Mediante un análisis de varianza simple (ANOVA), previa comparación de varianzas, complementado con comparaciones de medias dos a dos.

Los resultados descriptivos del análisis, aparecen desarrollados en la tabla 40 y gráfico 53.

Nº de personas que conviven	N	Media	Desviación típica
1	9	10,222	2,538
2	40	10,925	4,128
3	34	13,617	4,369
4	37	11,162	2,948
Total	120	11,708	3,930

Gráfico 53. Convivencia y estado físico



En el ANOVA, se han encontrado diferencias significativas entre las medias de los valores del estado físico y la convivencia, con una $p < 0,008$, las comparaciones de medias dos a dos se desarrollan en la tabla 41, dando las siguientes significaciones:

Convivencia	Convivencia	Sig.
1 persona	2 personas	NS
	3 personas	$p < 0,02$
	4 personas	NS
2 personas	3 personas	$p < 0,003$
	4 personas	NS
3 personas	1 persona	NS
	4 personas	$p < 0,007$

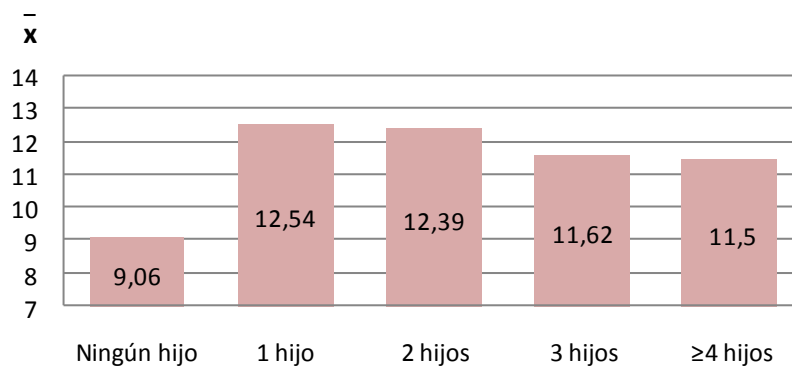
La puntuación media del estado físico de 3 personas para la convivencia, es significativamente superior que el resto de número de personas que conviven, es decir, el estado físico en mujeres que conviven 3 personas es peor.

- **Número de hijos y estado físico.**

Efectuado el test de Brow-Forsythe, previa comparación de varianzas, complementado con comparación de medias dos a dos. Los resultados descriptivos del análisis se observan en la tabla 42 y gráfico 54.

N° de hijos	N	Media	Desviación típica
0	17	9,058	1,434
1	13	12,538	4,789
2	56	12,392	3,864
3	24	11,625	4,401
≥ 4	10	11,500	3,472
Total	120	11,708	3,930

Gráfico 54. Hijos y estado físico



Según el test de Brow-Forsythe existen diferencias significativas entre las medias de los valores del estado físico y el número de hijos, con una $p < 0,04$, las comparaciones de medias dos a dos se exponen en la tabla 43, dando las siguientes significaciones:

Tabla 43. Comparaciones de medias dos a dos		
Nº de hijos	Nº de hijos	Sig.
Ningún hijo	1 hijo	$p < 0,02$
	2 hijos	$p < 0,002$
	3 hijos	$p < 0,04$
	≥ 4 hijos	NS
1 hijo	2 hijos	NS
	3 hijos	NS
	≥ 4 hijos	NS
2 hijos	3 hijos	NS
	≥ 4 hijos	NS
3 hijos	≥ 4 hijos	NS

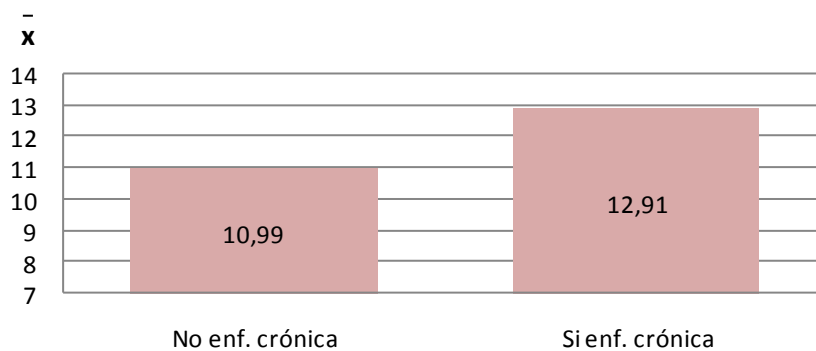
La puntuación media del estado físico de las mujeres que no tienen hijos, es significativamente inferior que los que tienen 1, 2 ó 3 hijos, es decir, el estado físico en mujeres que no tienen hijos es mejor, que en mujeres que tienen hijos.

- **Enfermedad crónica y estado físico.**

Se ha realizado el Test de Brow-Forsythe, previa comparación de varianzas. Los resultados descriptivo del análisis de reflejan en la tabla 44 y gráfico 55.

Tabla 44. Enfermedad crónica y estado físico			
Enfermedad crónica	N	Media	Desviación típica
No tienen enf. crónica	75	10,987	3,177
Si tienen enf. crónica	45	12,911	4,738
Total	120	11,708	3,930

Gráfico 55. Enf. crónica y estado físico



La puntuación media de las mujeres que padecen alguna enfermedad crónica, es significativamente superior que las mujeres que no padecen ningún tipo de enfermedad, con una $p < 0,02$. Es decir, el estado físico en las mujeres que tienen alguna enfermedad crónica (contemplada en los criterios de inclusión) es peor, que en las mujeres que no la padecen.

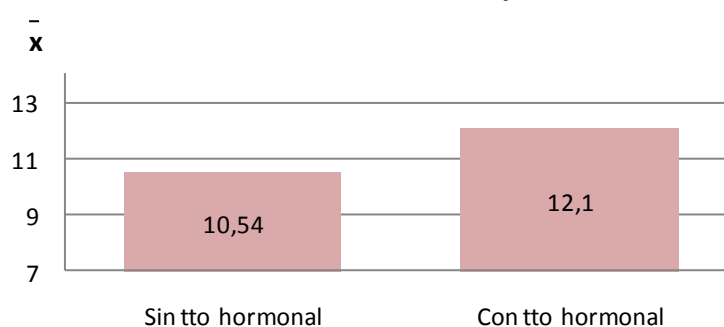
- **Tratamiento hormonal y estado físico.**

A través del Test de Brow-Forsythe, previa comparación de varianzas, los resultados descriptivos del análisis se observan en la tabla 45 y gráfico 56.

Tabla 45. Tratamiento hormonal y estado físico

Tratamiento	N	Media	Desviación típica
Sin tratamiento hormonal	30	10,538	2,735
Con tratamiento hormonal	90	12,101	4,239
Total	120	11,753	4,157

Gráfico 56. Tratamiento hormonal y estado físico



Según el test realizado, la puntuación media de las mujeres que han recibido tratamiento hormonal (en monoterapia o en combinación), es significativamente superior que las mujeres que no han recibido tratamiento hormonal, con una $p < 0,02$. El estado físico en las mujeres que han recibido tratamiento hormonal es peor, que en las mujeres que han recibido otro tratamiento.

- **Edad y estado físico.**

Mediante el contraste del coeficiente de relación de Pearson, se ha encontrado que el estado físico está relacionado con la edad, con un $p < 0,01$. De tal manera que a mayor edad, más puntuación, que como hemos mencionado anteriormente, la puntuación más elevada supone peor estado físico, por lo que podemos decir que a mayor edad, peor estado físico tienen las mujeres.

4.4. Relación de la satisfacción de la imagen corporal con las variables sociodemográficas y clínicas.

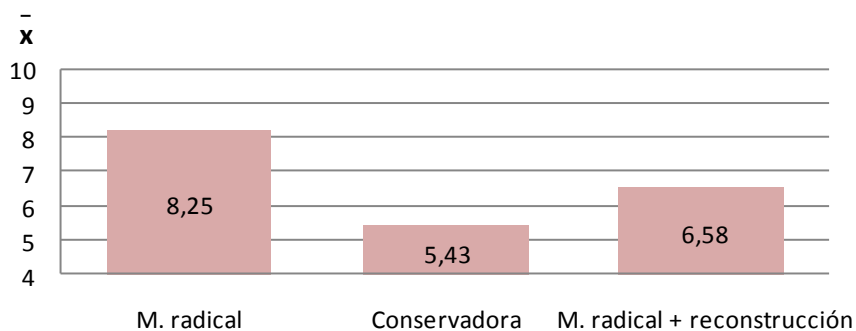
Al estudiar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con la satisfacción de la imagen corporal, destacamos las que han dado relaciones significativas:

- **Tipo de cirugía y satisfacción de la imagen corporal.**

Efectuado el test de Brow-Forsythe, previa comparación de varianzas, complementado con comparación de medias dos a dos. Los resultados descriptivos del análisis se muestran en la tabla 46 y gráfico 57.

Tipo de cirugía	N	Media	Desviación típica
M. Radical	24	8,250	3,529
Conservadora	53	5,434	2,429
M. Radical + reconstrucción	43	6,581	2,762
Total	120	6,408	2,966

Gráfico 57. Tipo de cirugía e imagen corporal



Existen diferencias significativas entre las medias de los valores de la satisfacción de la imagen corporal y el tipo de cirugía, con una $p < 0,001$, las comparaciones de medias dos a dos se reflejan en la tabla 47, dando las siguientes significaciones:

Tabla 47. Comparaciones de medias dos a dos		
Tipo de cirugía	Tipo de cirugía	Sig.
M. Radical	Conservadora	$p < 0,001$
	M. Radical + reconstrucción	$p < 0,02$
Conservadora	M. Radical + reconstrucción	$p < 0,05$

La puntuación media de las mujeres que han sido tratadas con mastectomía radical, es significativamente superior que las mujeres que no han recibido otro tipo de cirugía, es decir, la satisfacción de la imagen corporal en las mujeres que han sufrido mastectomía radical es peor, que las que han sido sometidas a otro tipo de cirugía.

- **Hospital y satisfacción de la imagen corporal.**

Se ha realizado un análisis de tablas de contingencia mediante el test de la χ^2 de Pearson, complementado con un análisis de residuos, el cual ha dado significativo con una $p < 0,02$.

Los resultados del análisis de la tabla de contingencia se reflejan en la tabla 48.

Tabla 48. Tabla de Contingencia			
Hospital	IMAGEN CORPORAL		Total
	NO AFECTADAS	AFECTADAS	
H.C.U.V. Arrixaca	67	13	80
H.U.M. Meseguer	26	14	40
Total	93	27	120

Se destaca, que las pacientes tratadas en el Hospital M. Meseguer tienen peor satisfacción de su imagen corporal, que las tratadas en el HCUV de la Arrixaca.

No se han encontrado diferencias significativas entre la edad, ni el estado civil con la satisfacción de la imagen corporal.

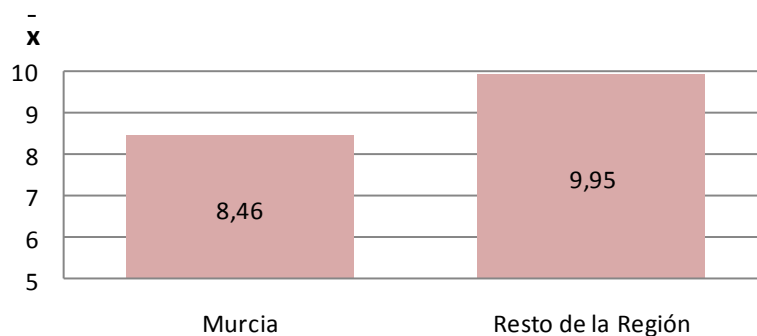
4.5. Relación del estado emocional con las variables sociodemográficas y clínicas.

Al analizar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con el funcionamiento emocional, destacamos las que han dado relaciones significativas:

- **Lugar de residencia y estado emocional.**

Se ha realizado un análisis de T de Student combinada, previa comparación de varianzas. Los resultados descriptivos del análisis se detallan en la tabla 49 y gráfico 58.

Tabla 49. Lugar de residencia y estado emocional			
Lugar de residencia	N	Media	Desviación típica
Murcia	97	8,463	2,761
Resto de la región	23	9,956	3,624
Total	120	8,750	2,988

Gráfico 58. Lugar de residencia y estado emocional

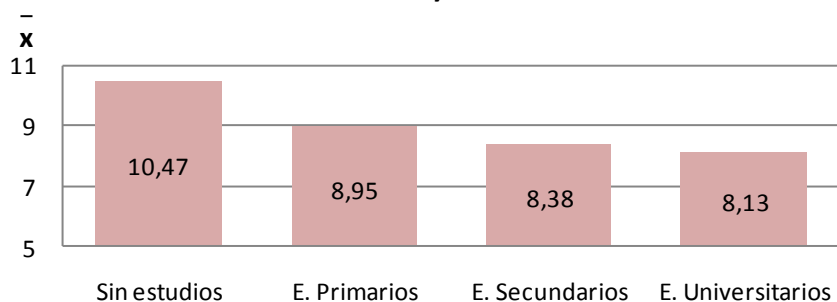
La puntuación media de las mujeres que residen en el resto de la Región, es significativamente superior que las mujeres que residen en Murcia, con una $p < 0,03$. El estado emocional de las mujeres que viven en Murcia es mejor que las mujeres que viven en el resto de la Región.

- **Estudios y estado emocional.**

Elaborado el análisis de varianza simple (ANOVA), previa comparación de varianzas, complementado con comparaciones de medias dos a dos. En la tabla 50 y el gráfico 59 se reflejan los resultados descriptivos del análisis.

Tabla 50. Estudios y estado emocional			
Estudios	N	Media	Desviación típica
Sin estudios	15	10,467	3,622
E. Primarios	39	8,948	3,095
E. Secundarios	29	8,379	2,920
E. Universitarios	37	8,135	2,428
Total	120	8,750	2,988

Gráfico 59. Estudios y estado emocional



Se detectan diferencias significativas entre las medias de los valores del estado emocional y el nivel de estudios, con una $p < 0,05$, las comparaciones de medias dos a dos se observan en la tabla 51, dando las siguientes significaciones:

Tabla 51. Comparaciones de medias dos a dos		
Estudios	Estudios	Sig.
Sin estudios	E. Primarios	NS
	E. Secundarios	$p < 0,03$
	E. Universitarios	$p < 0,02$
E. Primarios	E. Secundarios	NS
	E. Universitarios	NS
E. Universitarios	E. Universitarios	NS

La puntuación media de las mujeres que no tienen estudios, es significativamente superior que las mujeres que tienen estudios primarios, secundarios, y universitarios, es decir, el estado emocional de las mujeres que no tienen estudios, es peor que las que tienen estudios.

No se han encontrado diferencias significativas entre el estado civil, ni el número de personas que conviven, influyen con el estado emocional.

4.6. Relación del funcionamiento social con las variables sociodemográficas y clínicas.

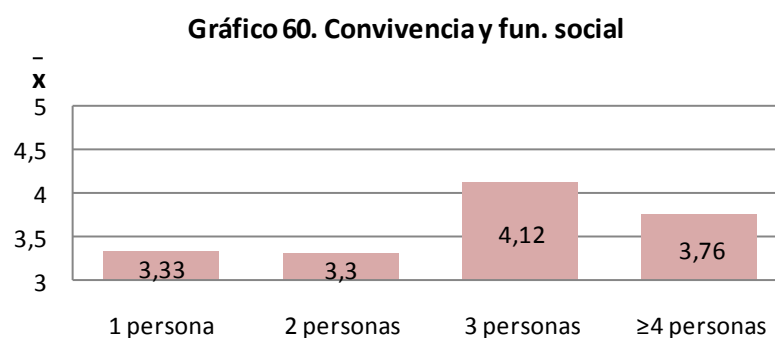
En la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con el funcionamiento social, destacamos las que han dado relaciones significativas:

- **Convivencia y funcionamiento social.**

Se ha realizado el Test de Brow-Forsythe, previa comparación de varianzas, complementario con comparaciones de medias dos a dos.

En la tabla 52 y el gráfico 60 se desarrollan los resultados descriptivos del análisis.

Tabla 52. Convivencia y fun. social			
Convivencia	N	Media	Desviación típica
1 persona	9	3,333	1,000
2 personas	40	3,300	1,114
3 personas	34	4,117	1,145
≥ 4 personas	37	3,756	1,256
Total	120	3,675	1,284



Se hallan diferencias significativas entre las medias de los valores del funcionamiento social y el número de personas que conviven, con una $p < 0,03$, las comparaciones de medias dos a dos se observan en la tabla 53, dando las siguientes significaciones:

Tabla 53. Comparaciones de medias dos a dos		
Convivencia	Convivencia	Sig.
1 persona	2 personas	NS
	3 personas	NS
	≥ 4 personas	NS
2 personas	3 personas	$p < 0,006$
	≥ 4 personas	NS
3 personas	≥ 4 personas	NS

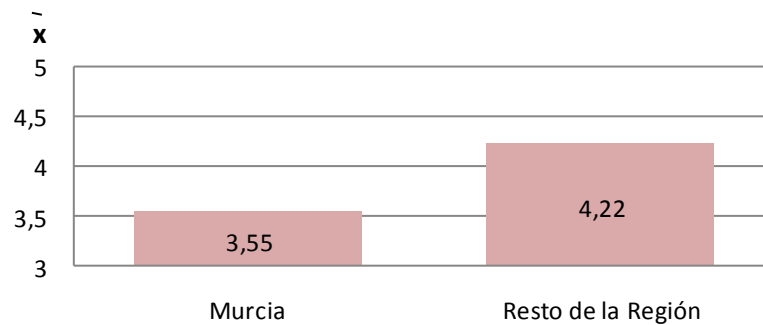
La puntuación media de 3 personas para la convivencia, es significativamente superior que el resto de número de personas que conviven, es decir, el funcionamiento social en mujeres que conviven con 3 personas es peor, que en la convivencia con 2 personas.

- **Lugar de residencia y funcionamiento social.**

Elaborado el análisis de T de Student combinada, previa comparación de varianzas. Los resultados descriptivos del análisis se reflejan en la tabla 54 y gráfico 61.

Tabla 54. Lugar de residencia y fun. social			
Lugar de residencia	N	Media	Desviación típica
Murcia	97	3,546	1,118
Resto de la región	23	4,217	1,757
Total	120	3,675	1,284

Gráfico 61. Lugar de residencia y fun. social



La puntuación media del resto de la Región, es significativamente superior que las mujeres que viven en Murcia, con una $p < 0,03$. El funcionamiento social en mujeres que viven en el resto de la Región es peor, que las mujeres que viven en Murcia capital.

- **Edad y funcionamiento social.**

Mediante el contraste del coeficiente de relación de Pearson, se ha encontrado que el funcionamiento social está relacionado directamente con la edad, por lo que podemos decir que el funcionamiento social es peor en las mujeres más jóvenes, con una $p < 0,01$.

4.7. Relación del funcionamiento sexual con las variables sociodemográficas y clínicas.

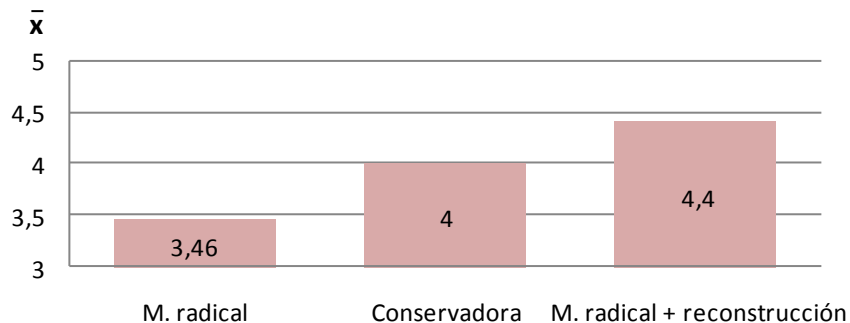
Al estudiar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con el funcionamiento sexual, destacamos las que han dado relaciones significativas:

- **Tipo de cirugía y funcionamiento sexual**

Se ha realizado una ANOVA, previa comparación de varianzas, complementado con comparación de medias dos a dos. Los resultados descriptivos del análisis se reflejan en la tabla 55 y gráfico 62.

Tabla 55. Tipo de cirugía y fun. sexual			
Tipo de cirugía	N	Media	Desviación típica
M. Radical	24	3,458	1,531
Conservadora	53	4,000	1,544
M. Radical + reconstrucción	43	4,395	1,916
Total	120	4,033	1,704

Gráfico 62. Tipo de cirugía y fun. sexual



Al realizar el análisis se hallan diferencias significativas entre las medias de los valores del funcionamiento sexual y el tipo de cirugía, con una $p < 0,05$, las comparaciones de medias dos a dos se observan en la tabla 56, dando las siguientes significaciones:

Tabla 56. Comparaciones de medias dos a dos		
Tipo de cirugía	Tipo de cirugía	Sig.
M. Radical	Conservadora	NS
	M. Radical + reconstrucción	p<0,03
Conservadora	M. Radical + reconstrucción	NS

La puntuación media de la mastectomía radical, es significativamente inferior que a las mujeres que le han realizado otro tipo de cirugía (en este caso las puntuaciones van a la inversa del resto de ítems, por la forma en la que se realizaba la pregunta, quien tienen mayor puntuación tienen buen funcionamiento sexual), es decir, el funcionamiento sexual en mujeres que le han realizado una mastectomía radical es peor, que a las mujeres que le han realizado una mastectomía radical + reconstrucción.

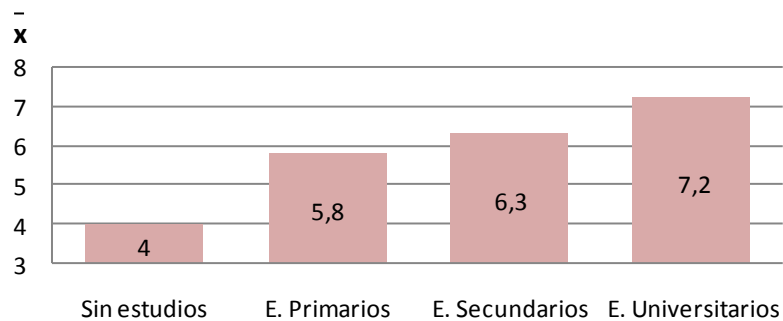
- **Estudios y funcionamiento sexual.**

Elaborado el Test de Brow-Forsythe, previa comparación de varianzas, complementado con comparaciones de medias dos a dos.

Los resultados descriptivos del análisis se muestran en la tabla 57 y gráfico 63.

Tabla 57. Estudios y fun. sexual			
Estudios	N	Media	Desviación típica
Sin estudios	15	4,000	1,363
E. Primarios	39	5,769	2,311
E. Secundarios	29	6,345	2,312
E. Universitarios	37	7,216	2,262
Total	120	6,133	2,394

Gráfico 63. Estudios y fun. sexual



Se han encontrado diferencias significativas entre las medias de los valores del funcionamiento sexual y el nivel de estudios, con una $p < 0,001$, las comparaciones de medias dos a dos han dados las siguientes significaciones:

Tabla 58. Comparaciones de medias dos a dos

Estudios	Estudios	Sig.
Sin estudios	E. Primarios	$p < 0,009$
	E. Secundarios	$p < 0,001$
	E. Universitarios	$p < 0,001$
E. Primarios	E. Secundarios	NS
	E. Universitarios	$p < 0,005$
E. Secundarios	E. Universitarios	NS

La puntuación media de las mujeres sin estudios, es significativamente inferior que otro nivel de estudios, es decir, el funcionamiento sexual en mujeres sin estudios es peor, que en mujeres con estudios primarios, secundarios, o universitarios.

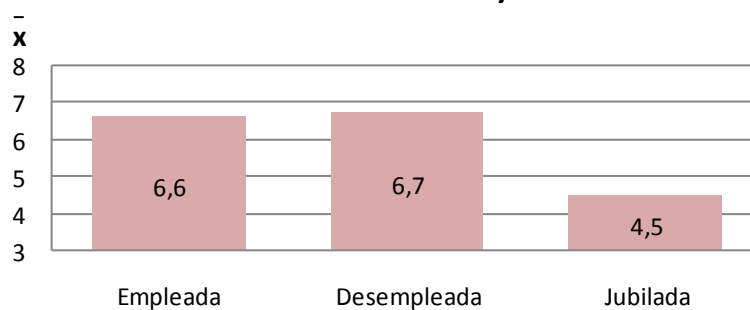
- **Situación laboral y funcionamiento sexual.**

Se ha realizado una ANOVA, previa comparación de varianzas, complementado con comparación de medias dos a dos.

Los resultados descriptivos del análisis se desarrollan en la tabla 59 y gráfico 64.

Tabla 59. Situación laboral fun. sexual			
Situación laboral	N	Media	Desviación típica
Empleada	49	6,632	2,434
Desempleada	41	6,707	2,272
Jubilada	30	4,533	1,736
Total	120	6,133	2,394

Gráfico 64. Situación laboral y fun. sexual



El análisis refleja diferencias significativas entre las medias de los valores del funcionamiento sexual y la situación laboral con una $p < 0,001$, las comparaciones de medias dos a dos se detallan en la tabla 60, dando las siguientes significaciones:

Situación laboral	Situación laboral	Sig.
Empleada	Desempleada	NS
	Jubilada	p<0,001
Desempleada	Jubilada	p<0,001

La puntuación media de las mujeres jubiladas, es significativamente inferior que otro tipo de situación laboral, es decir, el funcionamiento sexual en mujeres jubiladas es peor, que en mujeres empleadas o desempleadas.

No se han encontrado diferencias significativas entre la edad, ni el estado civil, con el funcionamiento sexual.

4.8. Relación de los problemas de alimentación con las variables sociodemográficas y clínicas.

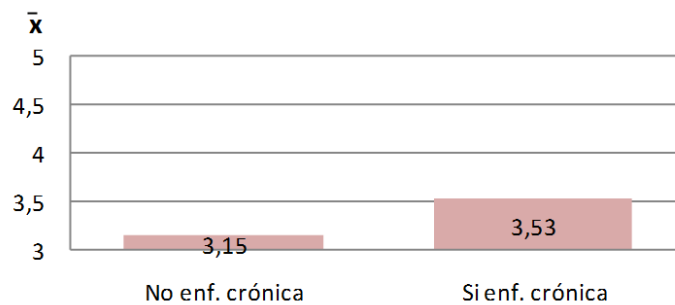
En el estudio entre las variables sociodemográficas y clínicas con los problemas de alimentación, destacamos las que han dado relaciones significativas:

- **Enfermedad crónica y problemas de alimentación.**

Se ha realizado el Test de Brow-Forsythe, previa comparación de varianzas. Los resultados descriptivos de análisis se observan en la tabla 61 y gráfico 65.

Tabla 61. Enfermedad crónica y alimentación			
Enfermedad crónica	N	Media	Desviación típica
No tienen enf. crónica	75	3,146	0,585
Sí tienen enf. crónica	45	3,533	1,140
Total	120	3,291	0,854

Gráfico 65. Enf. crónica y alimentación



Al realizar el análisis, podemos decir que la puntuación media de las mujeres que tienen alguna enfermedad crónica, es significativamente superior, que las mujeres que no la tienen, con una $p < 0,04$. Los problemas de alimentación en mujeres que tienen alguna enfermedad crónica son peores, que en mujeres que no la padecen.

4.9. Relación de las molestias de la mama con las variables sociodemográficas y clínicas.

En el análisis entre las variables sociodemográficas y clínicas con las molestias de la mama, no se han encontrado diferencias significativas para esta dimensión.

Como síntesis, para terminar el apartado de resultados de las dimensiones que han dado significación con las variables sociodemográficas y clínicas, se ha elaborado la tabla 62.

Tabla 62. Relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con las dimensiones que han dado significación	
Dimensiones	VARIABLES
Problemas del brazo	Tipo de cirugía p<0,05
	Profesión p<0,03
Estado físico	Estado civil p<0,01
	Convivencia p<0,008
	Número de hijos p<0,04
	Enf. Crónica p<0,02
	Tto. Hormonal p<0,02
	Edad p<0,01
Satisfacción de la imagen corporal	Tipo de cirugía p<0,001
	Hospital p<0,02
Estado Emocional	Lugar de residencia p<0,03
	Nivel de estudios p<0,05
Funcionamiento social	Convivencia p<0,03
	Lugar de residencia p<0,03
	Edad p<0,01
Funcionamiento sexual	Tipo de cirugía p<0,05
	Nivel de estudios p<0,001
	Situación laboral p<0,001
Problemas de alimentación	Enf. Crónica p<0,04
Molestias de la mama	Ninguna

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



1. DISCUSIÓN

El análisis de los resultados obtenidos permite determinar que las mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama, presentan secuelas de tipo físico y psicológico, que repercuten en su calidad de vida.

Al igual que en la bibliografía consultada y referenciada, se pone de manifiesto la escasez de estudios que investigan la calidad de vida de las mujeres que han superado un cáncer de mama, una vez pasados 5 años del diagnóstico, a nivel multidisciplinar. Especialmente, es relevante el escaso interés suscitado entre investigadoras enfermeras, lo que ha dificultado la discusión con otras autoras y autores.

A continuación, se comparan y analizan los resultados obtenidos en el presente estudio con los resultados de otras investigaciones que han sustentado y orientado esta investigación. En un primer lugar se ha discutido con investigaciones llevadas a cabo fuera de nuestro país, para pasar posteriormente a profundizar en las investigaciones realizadas en España.

1.1. Descripción y análisis de artículos internacionales

Montazeri *et al.*⁸⁵ estudian la CV, utilizando el cuestionario de la EORTC en tres momentos diferentes: el momento del diagnóstico, a los tres meses y una vez transcurrido un año, llegando a la conclusión de que aparecen afectadas las siguientes dimensiones: la fatiga, el dolor, los trastornos del sueño y los síntomas en el brazo. También señala que se encuentra alterada la imagen corporal, una disminución del funcionamiento sexual y el placer sexual.

En nuestro estudio se emplea el mismo instrumento que en el trabajo citado con la diferencia de que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico en las mujeres

es distinto, ya que nuestra muestra es de mujeres supervivientes diagnosticadas entre 5 y 8 años. Pese a la diferencia en el tiempo transcurrido desde el diagnóstico para recoger los datos, nuestras mujeres presentan alteradas las mismas dimensiones que en el estudio de Montazeri *et al.*⁸⁵

Recalde y Samudio⁸⁶, estudiaron a 125 mujeres, diagnosticadas entre 1999 y 2010 en el momento de recibir el tratamiento quimioterápico, aplicando el cuestionario de la EORTC. Concluyeron que las mujeres manifestaron malestar físico, psicológico y dificultades en las relaciones sexuales, pero que la CV relacionada con la salud es favorable en las pacientes estudiadas.

Estos resultados no coinciden con los del presente trabajo, ya que, a pesar de haber transcurrido varios años desde el diagnóstico, el 79,2% de las mujeres estudiadas presentan alterada la CV.

En nuestro trabajo, a las mujeres supervivientes que se les realizó cirugía conservadora, presentan mejor satisfacción de la imagen corporal y mejor funcionamiento sexual que a las mujeres que les realizaron mastectomía radical o mastectomía radical + reconstrucción, en definitiva las mujeres con cirugía conservadora presentan mejor CV.

En este caso, se coincide con el estudio de Han, Grothuesmann, Neises, Hille y Hillemanns⁸⁷ que compara la calidad de vida y la satisfacción del postoperatorio de las mujeres con cáncer de mama teniendo en cuenta las intervenciones a las que se hayan sometido, cirugía conservadora de la mama, mastectomía, o cirugía reconstructiva. La conclusión que obtuvieron fue que las pacientes con cirugía conservadora tienen una mejor CV y mayor tasa de satisfacción con su postoperatorio en comparación con pacientes sometidos a mastectomía o cirugía reconstructiva.

En la revisión sistemática realizada por Vivar y McQueen²⁷, revelan las conclusiones sobre los grupos de edad, a las que llegaron tres estudios los cuales, se desarrollamos a continuación.

- Lindop y Cannon encontraron diferencias entre las mujeres en diferentes rangos de edad y en diferentes puntos de la trayectoria del cáncer. En su estudio dividieron, el grupo de edad más joven (20-45 años), el grupo de mediana edad (46-53 años) y el grupo de mayor edad (54 años o más). La imagen corporal y la feminidad eran importantes para el grupo de mediana edad.

- Un estudio americano realizado por Cimprich *et al.* comparó el impacto del cáncer de mama en la supervivencia a largo plazo entre los grupos de edad. Las mujeres que habían sido diagnosticadas a una edad avanzada expresaron peor bienestar físico. En el ámbito social, las mujeres jóvenes expresaron un mayor impacto sobre la sexualidad y el desorden de la familia. En el ámbito psicológico, las mujeres de todos los grupos de edad expresaron temores.

- El tercer estudio que explora cualitativamente las necesidades comunes y únicas de jóvenes y mayores supervivientes, fue el realizado en Australia por Thewes *et al.* Para reunir datos cualitativos sobre las necesidades psicosociales insatisfechas tanto de las jóvenes y mayores supervivientes de cáncer de mama, se llevaron a cabo 18 entrevistas telefónicas. Fueron identificadas tres áreas de principal interés: a) impacto del cáncer; b) necesidades psicosociales y de apoyo; y c) necesidades de información.

Considerando que algunas de las necesidades psicosociales eran compartidas por ambos grupos, otras parecían ser exclusivas de ciertos grupos de edad. La mayoría de las mujeres manifestaron una carencia de estar seguras de que los efectos tardíos causados por anteriores tratamientos antitumorales, tales como dolores o la fatiga, no eran un signo de recurrencia. Las más jóvenes y las mujeres mayores también expresaron la carencia de estar informadas acerca de cómo hacer frente a problemas físicos, así como los problemas en el brazo. En general, las jóvenes supervivientes manifestaron estar insatisfechas las necesidades en relación con la menopausia y los problemas de fertilidad, más que las mujeres mayores. Por otra parte, algunas

mujeres jóvenes expresaron la falta de más información y asesoramiento sobre los cambios en sus actividades de trabajo. Por el contrario, otras supervivientes al cáncer de mama de edad avanzada manifestaron la necesidad de no recibir esta información. En cuanto al funcionamiento psicológico, las jóvenes supervivientes reportaron más necesidad de apoyo emocional por parte de los profesionales que las mujeres mayores²⁷.

En nuestro estudio, la edad nos ha dado relaciones significativas con el estado físico ($p < 0,01$) siendo peor en las mujeres de mayor edad y con en el funcionamiento social ($p < 0,01$) siendo las mujeres más jóvenes las que presentan peor funcionamiento social.

Un estudio realizado por Salonen *et al.*⁸⁸ en el año 2011 cuyo objetivo era evaluar el efecto del apoyo individual personalizado (cara a cara) en la CV de las mujeres e identificar los factores asociados. El diseño cuasi-experimental estaba formado por una muestra de 204 mujeres. Se establecieron dos grupos, uno asignado a la intervención ($n=112$), y otro al grupo control ($n=92$). Los datos se recogieron 6 meses después de la cirugía de mama, a través de cuestionarios estructurados y analizados estadísticamente.

Los factores relacionados con la calidad de vida fueron la edad, la educación, la situación laboral, el estado de los ganglios linfáticos, el tipo de cirugía de la mama, el tipo de cirugía axilar, quimioterapia y la terapia hormonal.

La mayoría de las mujeres que participaron en el grupo de la intervención, experimentaron unos resultados positivos. Por lo tanto, los autores recomiendan incluir el apoyo cara a cara y el programa de educación como parte del tratamiento de cáncer de mama con el objetivo de mejorar la CV de las mujeres y ayudarles a ajustarse mejor a ser supervivientes. Además, el tipo de intervención que se utilizó es fácil de aplicar en el proceso de tratamiento. Las mujeres del grupo de intervención informaron menos síntomas en el brazo y clínicamente mejor funcionamiento sexual.

En nuestro estudio las mujeres supervivientes al cáncer de mama, a pesar de los años transcurridos desde el diagnóstico, siguen teniendo alterada la CV y los factores sociodemográficos y clínicos que la condicionan son: la profesión, el estado civil, el número de personas que conviven en el domicilio, el número de hijos, la edad, la situación laboral, el lugar de residencia, el nivel de estudios, el tipo de cirugía, padecer alguna enfermedad crónica, el tratamiento hormonal recibido y el hospital donde han sido tratadas.

En 2014 otro estudio de Salonen, Rantanen, Kellokumpu-Lehtinen, Huhtala y Kaunonen⁸⁹ abordan una reflexión sobre cómo se altera la CV y el apoyo social de las mujeres con cáncer de mama y de sus familiares. Estos autores confirman la importancia que tiene apoyar a la familia en conjunto en lugar de centrarse sólo en la paciente. El objetivo principal de este estudio, fue describir el apoyo social aportado por las enfermeras hacia las parejas de las pacientes con cáncer de mama e identificar los factores de predicción de los cambios negativos en su CV dentro de los 6 meses siguientes al diagnóstico. Concluyen que la CV de las parejas de las mujeres estudiadas fue moderada, destacando que tanto el aspecto psicológico/espiritual como los problemas socioeconómicos de las parejas requieren más atención. Los resultados de este estudio revelaron que las parejas de las pacientes con cáncer de mama necesitan unos cuidados más específicos de los profesionales de enfermería, mediante protocolos de intervención de apoyo, que se centren cada vez más en la CV de la pareja.

Según estos autores, las enfermeras deben aprender a identificar aquellas familias y parejas que necesitan apoyo y ofrecer activamente su ayuda. Los clínicos tienen un papel importante en el cuidado emocional no sólo de las mujeres con cáncer de mama, sino también de sus acompañantes ayudándoles a sobrevivir con un aumento de su bienestar a largo plazo y la CV⁸⁹.

A pesar de que el apoyo social estaba afectado en mujeres transcurridos 6 meses del diagnóstico, en nuestra investigación, se ha evaluado el funcionamiento social de mujeres supervivientes tras varios años de diagnóstico,

obteniéndose resultados que permiten afirmar que esta dimensión social permanece alterada en un 7,5% de la muestra.

Un estudio realizado en Colombia por Salas y Grisasles⁹⁰ pretende determinar la CV y algunos de sus factores asociados, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama inscritas en programas de tratamiento oncológico en una provincia colombiana. La muestra fue de 220 mujeres que estaban en tratamiento. Obtuvieron como resultado que la CV fue mejor en las mujeres con mayor nivel de escolaridad, las afiliadas al régimen contributivo en salud, las que recibían apoyo por parte de familiares, las que provenían del nivel socioeconómico alto y las que tenían como soporte para afrontar la enfermedad sus creencias personales (religiosas y espirituales). Por lo que concluyen que la CV de las pacientes con cáncer de mama fue menor, tanto en general como en los dominios físico, psicológico, social y del entorno, en quienes provenían de estratos socioeconómicos más humildes. En nuestros resultados, a pesar de la diferencia del tiempo transcurrido desde el diagnóstico, podemos destacar que la CV es menor en mujeres con un nivel de estudios nulo o bajo, que realizan un trabajo con esfuerzo físico, que padecen patologías crónicas y que no residen en Murcia capital.

En el estudio realizado por Ramadas *et al.*⁹¹ en Malasia sobre la calidad de vida en supervivientes al cáncer de mama (n= 40) cuyo objetivo era identificar la relación entre las variables sociodemográficas y médicas con la CV. Concluyeron que las supervivientes que mejor CV tenía eran aquellas mujeres que estaban casadas, vivían con la familia, tenían hijos, y estaban empleadas.

En nuestro trabajo podemos decir que las mujeres casadas ($p < 0,01$), que conviven con 3 personas ($p < 0,008$) y que tienen más de un hijo ($p < 0,04$) tienen peor estado físico, por el contrario las mujeres que se encuentran en situación laboral empleada tiene mejor funcionamiento sexual ($p < 0,001$).

Fatma *et al.*⁹² investigaron el efecto de la terapia hormonal sobre la CV en pacientes con cáncer de mama (previamente operadas y finalizado el tratamiento quimioterápico y/o radioterápico) tratadas con Anastrozol (inhibidor de la aromataasa, bloquean las síntesis de estrógenos en mujeres post-menopáusicas) y Tamoxifeno (bloquea la síntesis de estrógenos en mujeres pre-menopáusicas) solo o en combinación. En este estudio se utilizó el cuestionario FACT-B, que se aplicó a las pacientes antes de iniciar el tratamiento hormonal (momento basal), entre los 6 y 12 meses y una última vez entre los 18 y 24 meses. Concluyeron que tanto las mujeres tratadas con Anastrozol como con Tamoxifeno tuvieron datos de CV basales similares. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas a pesar de sus diferentes perfiles de efectos adversos. Las puntuaciones de los síntomas endocrinos empeoraron después de 3 meses, no pudiendo llegar a los niveles basales. La sequedad vaginal ($p=0,022$) y la pérdida de la libido ($p=0,001$) fueron estadísticamente mayor en el grupo de las tratadas con Anastrozol. Se evaluó la diferencia del efecto con respecto a la CV entre los dos fármacos y las dos encuestas. No se encontraron diferencias significativas para el grupo de Tamoxifeno o Anastrozol entre las puntuaciones de calidad de vida de los basales y 24 meses después. En cualquier caso, las puntuaciones del cuestionario mejoraron en ambos brazos en los períodos de seguimiento. La evaluación realizada en términos de funcionamiento sexual no pudo mostrar ninguna significación estadística para ambos brazos.

Se detectó que las evaluaciones de CV para los 19 pacientes que no tenían tratamiento hormonal, que comprenden el grupo control, mostraron una disminución estadísticamente significativa en términos de bienestar social y las dimensiones de la sub-escala endocrino durante el período de seguimiento. La disminución significativa de la dimensión del bienestar social en la primera encuesta control obtuvo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,023$). Esto podría interpretarse como un efecto independiente del diagnóstico de cáncer de mama en el bienestar social y también en la vida social. Se ha demostrado que los diferentes tratamientos hormonales tienen distintos efectos sobre la CV. Todas

las dimensiones de CV se ven afectadas por el tratamiento hormonal. Sin embargo, el bienestar social se reduce después del diagnóstico de cáncer de mama. El diagnóstico de cáncer de mama es visto como un factor independiente que afecta al bienestar social y a la vida social de una manera negativa. Los tratamientos hormonales, como el Tamoxifeno, pueden causar diferencias significativas en la vida rutinaria de pacientes con cáncer de mama⁹².

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, permiten afirmar que las mujeres que han recibido tratamiento hormonal tienen más problemas en el estado físico con una $p < 0,02$ (se hace referencia a la sensación de malestar, cansancio, debilidad, insomnio y fatiga). No se han encontrado diferencias significativas en el funcionamiento sexual.

Fenlon, Powers, Simmonds, Clough y Addington-Hall⁹³ realizaron un estudio sobre los dolores y la rigidez en las articulaciones y en los músculos, ya que la historia natural, la etiología y el impacto de estos síntomas son desconocidos. Se estableció un estudio de cohorte de mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama primario. El objetivo de este artículo fue describir la experiencia del dolor musculoesquelético de las participantes, y explorar su impacto en la calidad de vida. Los dolores y la rigidez en las articulaciones y/o en los músculos estuvieron manifestados en el 69% de mujeres participantes. La calidad de vida, medida con el cuestionario FACT-B y ajustado por edad, la depresión, la cirugía y el uso de analgésicos, es significativamente peor en todos los dominios en los que tienen problemas musculoesqueléticos que los que no. Los resultados destacan la importancia de una mejor comprensión de estos síntomas y su impacto en la vida de mujeres con cáncer de mama primario, para que los profesionales de la salud estén mejor preparados para apoyar a las pacientes y proporcionar información.

Debido a que el cuestionario empleado en el estudio de Fenlon, Powers, Simmonds, Clough y Addington-Hall⁹³ es distinto al utilizado por nosotros (EORTC), no se ha recogido la dimensión de dolor musculoesquelético, pero si podemos destacar que a pesar de haber transcurrido entre 5 y 8 años desde el

diagnóstico, el 22,5% de nuestras mujeres presentan problemas en el brazo, que esta dimensión engloba el dolor, la inflamación, las limitaciones de la movilidad y la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria.

En el estudio realizado por Hsu, Ennis, Hood, Graham y Goodwin⁹⁴ sobre las sobrevivientes de cáncer de mama a largo plazo, los autores llegaron a la conclusión de que la CV aumentó con el tiempo y fue más o menos igual a la de las mujeres sin diagnóstico de cáncer de mama. Los investigadores entregaron cuestionarios sobre calidad de vida a 285 mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama transcurridos 12,5 años y a 167 mujeres sin diagnóstico de cáncer de mama. Las sobrevivientes a largo plazo completaron los cuestionarios en el momento del diagnóstico, 1 año después y alrededor de 12,5 años después del diagnóstico. En términos generales, tenían aproximadamente la misma CV que las mujeres sin diagnóstico de cáncer de mama. En el funcionamiento cognitivo y situación económica, las sobrevivientes a largo plazo tuvieron puntuaciones ligeramente más bajas que las mujeres sin diagnóstico, pero los investigadores afirmaron que estas diferencias eran sutiles por lo que propusieron nuevas investigaciones para comprender su origen.

Koch *et al.*⁹⁵ aportan una visión de las mujeres supervivientes de cáncer de mama residentes en Alemania, comparando la CV en población general y las mujeres con cáncer de mama, con seguimientos realizados desde el diagnóstico, 1, 3, 5, y hasta 10 años después. Llegando a la conclusión de que las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama siguen experimentando restricciones en una variedad de dimensiones de la CV, incluso años después del diagnóstico, síntomas específicos que persisten o incluso que aumentan con el tiempo, y estas restricciones no parecen solo estar asociadas al proceso normal de envejecimiento, sino con el proceso vivido con el cáncer y/o su tratamiento. Por lo tanto, los investigadores y los clínicos deben ser conscientes de las restricciones experimentadas a largo plazo de estas mujeres, para optimizar aún más la atención para esta población creciente.

Como se aprecia en el trabajo de Hsu, Ennis, Hood, Graham y Goodwin⁹⁴ concluyen que las mujeres supervivientes al cáncer de mama tienen la misma CV que las mujeres sin diagnóstico de cáncer. En cambio, en el de Koch et al.⁹⁵ y en nuestro estudio, las mujeres supervivientes siguen presentando dimensiones alteradas que provocan una disminución de la CV.

Como conclusión de esta primera parte del capítulo, se aprecia, que pocos estudios trabajan con las mujeres supervivientes que tienen secuelas. Es decir, la repercusión sobre la CV en general transcurridos varios años desde el diagnóstico. Los pocos estudios que lo hacen difieren en las conclusiones como el realizado por Recalde y Samudio⁸⁶ y Hsu, Ennis, Hood, Graham y Goodwin⁹⁴ que afirman tener la misma CV que la población sana, por el contrario, el estudio realizado en Alemania por Koch *et al.*⁹⁵, coinciden con los resultados de la presente tesis respecto a que las secuelas se mantienen en las mujeres supervivientes. Nuestros resultados muestran que más del 75% de estas mujeres supervivientes al cáncer de mama presentan una o más secuelas, lo que supone, tener alterada la CV.

Se destaca que la gran mayoría de los estudios revisados, se centran en los cambios que se producen en los primeros meses después del diagnóstico como en el de Montazeri *et al.*⁸⁵, el de Salas y Grisasles⁹⁰, y en el de Fenlon, Powers, Simmonds, Clough y Addington-Hall⁹³. Otros estudios, hacen la comparativa de diferentes dimensiones como en el Fatma *et al.*⁹² con el tratamiento hormonal o el de Han, Grothuesmann, Neises, Hille y Hillemanns⁸⁷ con el tipo de cirugía, también en los primeros meses desde el diagnóstico.

En 2011, Salonen, *et al.*⁸⁸ realizaron una intervención de apoyo individual cara a cara donde demuestra una mejora de la CV y en el otro artículo de 2014, Salonen, Rantanen, Kellokumpu-Lehtinen, Huhtala y Kaunonen⁸⁹ trata sobre la CV de la paciente y sus familiares directos, pero siempre en los 6 primeros meses después del diagnóstico.

Pocos son los estudios que trabajan con las mujeres supervivientes que tienen secuelas, y los estudios que lo hacen, como hemos comprobado, difieren en las conclusiones.

1.2. Descripción y análisis de artículos nacionales

En la Comunidad de Madrid, Delgado-Sanz *et al.*⁹⁶ realizaron una revisión sistemática sobre la investigación de la CV relacionada con la salud de las pacientes con cáncer de mama, llegando a la conclusión de que es un campo poco desarrollado en España.

Asimismo, en Navarra, Vivar²⁸ realizó tres revisiones bibliográficas, en las que concluyó que la CV de las mujeres supervivientes a largo plazo de cáncer de mama, difiere de la de las mujeres sanas. En la primera de estas revisiones afirma que la evidencia revela que estas mujeres pueden tener secuelas físicas, psicológicas, sociales, sexuales y espirituales durante la etapa de supervivencia de la enfermedad, que determina de forma significativa una reducción en la CV. Concluye que es necesario promover la investigación en España en el ámbito de la enfermería oncológica.

Esta misma autora llevó a cabo en el año 2010 otras dos revisiones sistemáticas, en una de ellas investiga la supervivencia de transmisión en el cáncer de mama⁹⁷, definiéndola como el período inmediatamente después de finalizar el tratamiento. Este tiempo en el que las mujeres supervivientes de cáncer de mama esperan regresar a su nueva vida, puede estar lleno de retos físicos, emocionales y sociales para los que pueden no estar preparadas. Llega a la conclusión de que se evidencia una falta de conocimiento sobre las experiencias de las familias durante esta etapa y el impacto de la relación familiar sobre las vivencias de transición de la superviviente de cáncer de mama. Por ello, se considera relevante abordar este tema en futuros estudios exploratorios.

En otra revisión sistemática de Vivar⁹⁸, se llega a la conclusión de que en España a la mayoría de las supervivientes de cáncer, una vez finalizados los tratamientos, son atendidas en su centro de salud, por lo que recomienda la implantación de un modelo que promueva la continuidad del cuidado a este grupo de población, permitiendo, que el equipo de oncología se centre en la fase aguda del tratamiento y que el equipo de atención primaria aborde las necesidades específicas de las supervivientes de cáncer. No cabe duda de que este enfoque requiere una evaluación exhaustiva antes de su pilotaje. Sin embargo, el desarrollo de un modelo de supervivencia que permita la coordinación y continuidad del cuidado desde los equipos de oncología a la atención primaria ayudaría a mejorar e innovar la atención de salud al creciente grupo de supervivientes de cáncer, lo que repercutiría positivamente en su calidad de vida.

Como analizan Delgado-Sanz *et al.*⁹⁶ y Vivar^{28,97} en sus revisiones sistemáticas, al igual que ocurre en nuestro trabajo, concluyen que la CV en pacientes con cáncer de mama es un campo poco desarrollado, y hay un déficit de investigación en la CV de las pacientes supervivientes al cáncer de mama.

En un estudio realizado en Asturias por Braña *et al.*⁹⁹, en 2012, los autores estudiaron a mujeres diagnosticadas en 2004 (supervivientes de 5 años desde el diagnóstico), y emplearon la encuesta de la EORTC, que puede utilizarse como una valoración focalizada sobre su CV. Sus resultados apuntaban que estas mujeres tenían afectación en diferentes dimensiones: en el funcionamiento sexual, disfrute sexual, preocupación por el futuro, insomnio, y preocupación por la pérdida de cabello. Llegaron a la conclusión de que la CV de las supervivientes de cáncer de mama se ve afectada en diversos ámbitos. Se aportan evidencias sobre los diagnósticos enfermeros más prevalentes en las supervivientes, por lo que constituye un primer paso hacia la normalización de los cuidados enfermeros. La investigación sobre intervenciones enfermeras encaminadas a mejorar la CV de estas pacientes resulta necesaria.

En nuestro estudio, igual que en el de Braña *et al.*⁹⁹ se ha aplicado el cuestionario de EORTC adaptado. Sin embargo, nuestros resultados apuntan a un mayor número de dimensiones afectadas, como los problemas del brazo, el estado físico, la satisfacción con la imagen corporal, el estado emocional, el funcionamiento social, el funcionamiento sexual, los problemas de alimentación y las molestias de la mama. La diferencia más importante entre ambas investigaciones es que nuestro estudio recoge mujeres supervivientes entre 5 y 8 años desde el diagnóstico, mientras que Braña *et al.*⁹⁹ incluyen únicamente a mujeres diagnosticadas hace 5 años. No obstante, en ambos estudios se manifiesta que la CV de estas mujeres continúa afectada.

En una investigación realizada por Arraras *et al.*¹⁰⁰, se aplicó el cuestionario de la EORTC a mujeres diagnosticadas en el año 1996, y volvió a estudiarlas con el mismo cuestionario en 2001, cuando ya eran consideradas supervivientes, llegó a la conclusión de que las puntuaciones son adecuadas y similares en ambos periodos (1996 y 2001), por lo que las puntuaciones de la CV indican que la situación de estas pacientes es satisfactoria. Estos autores llegan a resultados que difieren de los obtenidos por Braña *et al.*⁹⁹, y los recogidos en la presente tesis, ya que en nuestro estudio se ha concluido que el 79,2% de estas mujeres presentan una o más secuelas, lo que altera la CV de estas mujeres supervivientes.

Otro estudio realizado en 2009, por Domínguez, *et al.*¹⁰¹ evaluaba la CV de las pacientes intervenidas de cáncer de mama tras finalizar el tratamiento primario. Llegando a la conclusión de que este abordaje primario del cáncer de mama continúa incapacitando a las pacientes entre 6 y 9 meses después de haberlo finalizado. Identificaron que las áreas de salud más perjudicadas son el rol emocional y la vitalidad. El tipo de cirugía estaba relacionada con el dolor corporal y la función social, mientras que el tipo de tratamiento está relacionado con el rol físico.

A pesar de que el estudio de Domínguez, *et al.*¹⁰¹ se realizó aplicando el cuestionario SF-36 (sobre CV), y de la diferencia temporal respecto al diagnóstico, se dan coincidencias con nuestro estudio en cuanto a la afectación del estado emocional y el estado físico. El tipo de cirugía está relacionado con los problemas del brazo, satisfacción de la imagen corporal y el funcionamiento sexual. El tratamiento hormonal está relacionado con el estado físico.

En el estudio publicado en 2012, Vivar¹⁰², realiza una revisión narrativa y llega a la conclusión de que las supervivientes de cáncer de mama pueden sentirse emocionalmente afectadas por las secuelas físicas (mastectomía, linfedema, menopausia temprana e infertilidad), psicológicas (miedo a la recidiva y estrés emocional) y/o sociales (cambios familiares y laborales) que experimentan. Estos datos se utilizan como base para una propuesta de plan de cuidados para supervivientes de cáncer de mama.

Tras los resultados obtenidos en nuestro estudio, las secuelas que aparecen en más del 20% de las mujeres supervivientes al cáncer de mama, se presentan en los problemas del brazo, el estado físico, la satisfacción en la imagen corporal, el estado emocional, y en las molestias de la mama, pero debemos señalar que la secuela con más del 60% de las mujeres de la muestra afectadas, es el funcionamiento sexual (las mujeres que consideramos afectadas, lo son en un grado elevado). Por ello, y como analiza Vivar¹⁰², en futuras investigaciones se podría elaborar un plan de cuidados para estas mujeres.

Teniendo en cuenta que gran parte de las secuelas que manifiestan los resultados obtenidos en nuestro estudio son de abordaje psicológico (la insatisfacción de la imagen corporal, el estado emocional, el funcionamiento social y sexual), resulta interesante hacer referencia la revisión sistemática realizada por Castro y Moro³⁹ sobre los factores psicosociales relacionados con el cáncer de mama, llegando a la conclusión, de que durante todas las fases de la enfermedad debe trabajarse la autoimagen y la autoestima de la mujer. Cuando la mujer está en la fase de remisión de la enfermedad, parece el mejor momento para

cambiar conductas inadecuadas. Una vez que la enfermedad remite, las prácticas de autocuidado deben estar enfocadas a trabajar en las posibles secuelas físicas, emocionales y sociales. La mujer debe volver a su vida anterior a la enfermedad, pero siendo consciente de los cambios que ha sufrido y de las repercusiones que ello tendrá el resto de su vida. En todas las etapas de la enfermedad es necesario el trabajo del psicooncólogo que enfatice la salud y la supervivencia, valorando la victoria del tratamiento y la fuerza de la persona para vencerlo.

Las investigaciones publicadas así como los resultados obtenidos en este estudio, permiten afirmar que las mujeres supervivientes al cáncer de mama tienen secuelas que alteran su CV y que no son identificadas ni abordadas. De estos trabajos se deduce la necesidad de seguir estudiando el tipo de intervenciones necesarias para abordar las dimensiones alteradas y evaluar los efectos de las mismas y los cambios a largo plazo en la CV de las pacientes con cáncer de mama. Se trata de determinar una importante área de estudio, necesaria para mejorar la calidad de vida de las mujeres que sobreviven a un diagnóstico de cáncer de mama, pero que mantienen unas necesidades de cuidados enfermeros especializados. No podemos olvidar que en la edad en la que se diagnostica a una mujer con cáncer de mama es un periodo en el que la mujer está activa, trabajando y con hijos a su cargo.

2. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados obtenidos se procede a dar respuesta a los objetivos previamente planteados en el capítulo II, concluyendo lo siguiente:

- La calidad de vida de las mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama se ve afectada tanto por secuelas de tipo físico como de tipo psicológico.

Las secuelas físicas engloban los problemas del brazo, el estado físico, los problemas de alimentación y los problemas de la mama. Las de tipo psicológico abarcan la insatisfacción de la imagen corporal, el estado emocional, el funcionamiento social y el funcionamiento sexual.

- Más del 80% de las estas mujeres supervivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años desde el diagnóstico, padecen problemas del brazo, alteraciones del estado físico, mal estado emocional, funcionamiento sexual y molestias de la mama.

Más del 60% padecen insatisfacción de la imagen corporal. El funcionamiento social está alterado en más del 25% de las mujeres estudiadas, y por encima de un 10% de estas mujeres identifican problemas de alimentación.

- Todas las mujeres supervivientes entre 5 y 8 años al cáncer de mama presentan una o más secuelas aunque sean en un grado leve.
- Más de tres cuartas partes de estas mujeres supervivientes al cáncer de mama tienen alterada su calidad de vida.
- La profesión, el estado civil, el número de personas que conviven en el domicilio, el número de hijos, la edad, la situación laboral, el lugar de

residencia y el nivel de estudios, son los factores sociodemográficos que influyen en la gravedad con que se presentan algunas de las secuelas.

En cuanto a los factores clínicos se incluyen, el tipo de cirugía, tener alguna enfermedad crónica, haber recibido tratamiento hormonal y el hospital donde fue tratada.

Por lo tanto, estos factores sociodemográficos y clínicos son los que condicionan la calidad de vida de las mujeres supervivientes al cáncer de mama entre 5 y 8 años.

3. PROPUESTA DE FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Tras el análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio, se identifican nuevas líneas de investigación que permitirán ampliar el conocimiento de los problemas que afectan la salud y por consiguiente a la calidad de vida de las mujeres supervivientes al cáncer de mama.

3.1. Línea de investigación 1. Investigación cualitativa

En el transcurso de la recogida de datos, se ha observado que las mujeres entrevistadas aportan una gran cantidad de datos relevantes sobre sus experiencias vividas con la enfermedad, que los instrumentos cuantitativos empleados no recogen en toda su complejidad y diversidad. Consideramos que explorar las diferentes vivencias de estas mujeres, permitiría un mayor conocimiento de los significados asociados a la supervivencia al cáncer de mama. Es decir, realizar un estudio mixtos secuencial, para ello necesitaríamos complementar nuestros resultados cuantitativos con resultados cualitativos para poder entender mejor lo que ocurre. Por lo que creemos necesario ampliar la información de las mujeres supervivientes con entrevistas personalizadas.

3.2. Línea de investigación 2. Propuesta de planes de cuidados estandarizados enfermeros.

Los planes de cuidados estandarizados son planes de cuidados unificados y válidos para todas las personas que presentan determinados procesos o situaciones comunes. Detallan un grupo de diagnósticos reales o de riesgo que pueden deber estar presentes en función de esos procesos o situaciones comunes, así como las intervenciones asociadas más efectivas¹⁰³.

Consideramos que una vez concluidos los resultados de esta tesis, se podría abordar la realización de un plan de cuidados estandarizado a partir de

los problemas y secuelas identificadas entre las mujeres supervivientes al cáncer de mama. Para ello, se proponen algunos de los posibles diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras que podrían constituir un plan de cuidados que permita abordar la CV de las mujeres supervivientes, desde la disciplina enfermera.

3.2.1. Posibles diagnósticos enfermeros para mejorar la calidad de vida.

En este apartado se pretende establecer la relación entre los problemas identificados en las mujeres supervivientes al cáncer de mama y los problemas que las enfermeras identifican de forma independiente, llamados diagnósticos enfermeros, siguiendo la taxonomía elaborada por NANDA-I¹⁰⁴.

A continuación en la tabla 63 se desarrollan los diagnósticos más relevantes de cada una de las secuelas estudiadas.

TABLA 63. Posibles diagnósticos enfermeros para las secuelas estudiadas

SECUELAS	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN	PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
Problemas del brazo (Dolor, inflamación, limitaciones de la movilidad e incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria)	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro del mantenimiento del hogar (00098). 	Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro y promotor del desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> - Los miembros de la casa solicitan ayuda para su mantenimiento. - Entorno desordenado.
	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor crónico (00133). 	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración mayor de seis meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas. - Informes verbales de dolor. - Expresión facial
Estado físico de malestar, cansancio, debilidad, insomnio y fatiga)	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio (00095). 	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que detenera el funcionamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Expresa tener disminución de su CV. - Expresa cambios de humor. - Expresa falta de energía.
	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga (00093). 	Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales. - Expresar cansancio. - Disminución en la ejecución de tareas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio (00095). 	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que detenera el funcionamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Expresa tener disminución de su CV. - Expresa cambios de humor. - Expresa falta de energía.
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del patrón del sueño (00198). 	Interrupciones durante un tiempo ilimitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos.	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio en el patrón normal del sueño - Insatisfacción con el sueño.

<p>Satisfacción de la imagen corporal (Dificultad para mirar su cuerpo desnudo ante el espejo, percepción sobre su feminidad y si se sienten atractivas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la imagen corporal (00118). • Baja autoestima crónica (00119). • Aflicción crónica (00137). 	<p>Confusión en la imagen mental del yo físico</p> <p>Riesgo de larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades.</p> <p>Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentado (por un familiar, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de una parte corporal. - No mirar la parte corporal, no tocarla, ocultarla. - Expresar sentimiento que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo
<p>Estado emocional (Nerviosas, preocupadas, deprimidas y/o irritables)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (00146). • Temor (00148). • Discomfort (00214). 	<p>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</p> <p>Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro</p> <p>Percepción de falta de tranquilidad, alivio y transcendencia en las dimensiones físicas, psicoespirituales, ambiental, cultural y social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de afecto. - Falta de pertenencia a un grupo. - Expresa sentimientos negativos. - Expresa sentimientos de tristeza. - Expresa sentimientos que interfieren con la capacidad para alcanzar el nivel más alto de bienestar personal. - Angustia. - Aprensión. - Temor. - Insomnio. - Preocupación. - Debilidad. - Dificultad para la concentración. - Expresar sentirse asustado. - Expresar intranquilidad. - Expresar inquietud. - Inquietud. - Ansiedad. - Irritabilidad.

<p>Funcionamiento sexual (Interesadas por el sexo, vida sexual activa y si disfrutan con sexo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción sexual (00059). 	<p>Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de interés en sí mismo. - Percepción de alteraciones en la excitación sexual. - Percepción de deficiencia en el deseo sexual.
<p>Molestias de la mama (Dolor y/o sensibilidad en el pecho afectado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón sexual ineficaz (00065). • Dolor crónico (00133). 	<p>Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expresa cambios en la actividad sexual. - Expresa cambios en las conductas sexuales. - Conflicto de valores.
		<p>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración mayor de seis meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas. - Informes verbales de dolor. - Expresión facial

3.2.2. Resultados e intervenciones enfermeras (NOC-NIC) para mejorar la calidad de vida.

TABLA 64. Resultados (NOC) e intervenciones (NIC) principales¹⁰⁵		
DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor crónico (00133) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de comodidad (2100) • Nivel del dolor (2102) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del dolor (1400) • Manejo de la medicación (2380)
<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga (00093) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conservación de la energía (0002) • Energía psicomotora (0006) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la energía (0180) • Control del humor (5330)
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del patrón del sueño (00198) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar personal (2002) • Sueño (0004) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el afrontamiento (5230) • Mejorar el sueño (1850) • Manejo ambiental: confort. (6482) • Masaje (1480) • Musicoterapia (4400)
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la imagen corporal (00118) 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen corporal (1200) • Autoestima (1205) • Modificación psicosocial: cambio de vida (1305) 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de la imagen corporal (5220) • Potenciación de la autoestima (5400) • Aumentar el afrontamiento (5230) • Grupo de apoyo (5430)
<ul style="list-style-type: none"> • Aflicción crónica (00137) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación estado de salud (1300) • Equilibrio emocional (1204) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el afrontamiento (5230) • Dar esperanza (5310) • Control del humor (5330)

<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima crónica (00119) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima (1205) • Calidad de vida (2000) • Nivel de depresión (1208) 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de la autoestima (5400) • Control del humor (5330)
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (00146) 	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento de problemas (1302) • Autocontrol de la ansiedad (1402) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional (5270) • Grupo de apoyo (5430) • Musicoterapia (4400)
<ul style="list-style-type: none"> • Temor (00148) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol del miedo (1404) • Nivel del miedo (1210) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el afrontamiento (5230) • Disminución de la ansiedad (5820)
<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción sexual (00059) • Patrón sexual ineficaz (00065) 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento sexual (0119) • Autoestima (1205) • Imagen corporal (1200) • Identidad sexual (1207) 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sexual (5248) • Potenciación de la autoestima (5400) • Potenciación de la imagen corporal (5220) • Grupo de apoyo (5430)

A continuación se detallan algunas de las intervenciones enfermeras (NIC), que diferentes autores ya han demostrado beneficios para mejorar la calidad de vida de estas pacientes:

- **Musicoterapia (4400).** Dentro de las terapias complementarias, la utilización de la musicoterapia aporta beneficios en el binomio salud-enfermedad, siendo ésta un “instrumento de cuidados” barato y carente de efectos secundarios¹⁰⁶. Hasta ahora se ha usado en el tratamiento del cáncer principalmente como paliativo. A mediados de los ochenta, las revistas *Oncology Nursing Forum* y *Cancer Nursing* informaban que la terapia musical y la visualización guiada podían reducir las náuseas y vómitos causados por la quimioterapia¹⁰⁷. Y como se ha demostrado en otros estudios también tiene

efectos beneficiosos para reducir la ansiedad que padecen las mujeres supervivientes al cáncer de mama¹⁰⁸.

La enfermera experta en Musicoterapia, de la Unidad Oncología o Cuidados Paliativos para abordar sus planes de cuidados relacionados con los tratamientos oncológicos debe utilizar como marco de referencia la taxonomía diagnóstica de la NANDA, donde definen los problemas específicos del paciente oncológico, cuyas intervenciones enfermeras son dependientes. Se abordará la intervención musicoterápica desde dos perspectivas: aspectos biológicos (dolor, síntomas digestivos, síntomas inmunológicos) y aspectos psicosociales (síntomas neuropsicológicos, problemas de comunicación y exteriorización de emociones y el proceso de duelo) acordes con el estado clínico y los gustos musicales de la paciente oncológica. Y también se hará hincapié en el abordaje de la música en el estrés del cuidador principal¹⁰⁶.

Siguiendo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, las principales actividades que se derivan de la intervención de la Musicoterapia son las siguientes¹⁰⁹:

- Determinar el cambio de conducta específico y /o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).
- Determinar el interés del paciente por la música.
- Identificar las preferencias musicales del paciente.
- Proporcionar disponibilidad de cintas/discos compactos de música y equipo al paciente.
- Proporcionar auriculares, si es conveniente.
- Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.
- Evitar dejar la música durante largos periodos. (Es contraproducente escuchar música continuamente, porque además de fatigar, embota la sensibilidad musical).
- Facilitar la participación activa del paciente (tocar un instrumento o cantar) si lo desea y es factible dentro de la situación.
- Evitar música estimulante después de una lesión aguda en la cabeza.

En cuanto al cáncer de mama se ha sabido que está fuertemente relacionado con las emociones. Además de crear un ambiente armonioso, la música y el sonido pueden producir efectos potentes en las células y tejidos, e incluso influir en los tumores malignos. Las investigaciones vanguardistas del músico y profesor francés Fabien Maman, ofrecen interesantes pruebas de que el sonido y la música podrían en realidad eliminar células cancerosas y disolver tumores¹⁰⁷.

- **Masaje (1480).** El masaje terapéutico muestra los posibles beneficios para mejorar los efectos del tratamiento del cáncer de mama mediante la reducción de efectos secundarios de la quimioterapia y la radiación y la mejora de la calidad y el funcionamiento general¹¹⁰.

- **Grupos de apoyo (5430).** Caplan y Killelea (citados por Zabalegui *et al.*)¹¹¹ consideran el apoyo social como un aspecto significativo a la hora de manejar una situación de crisis. Además, un gran número de estudios documentan el apoyo social como una fuente importante de apoyo emocional que facilita la adaptación psicológica al cáncer. Las intervenciones psicosociales que potencian este apoyo contribuyen a mejorar la adaptación y el afrontamiento eficaz ante la enfermedad de los pacientes oncológicos, mediante la búsqueda de una mejor CV, un bienestar físico y emocional, así como a un posible incremento del tiempo de supervivencia.

Según Katz y Bender (citados por Zabalegui *et al.*)¹¹¹, el apoyo grupal se define como “la ayuda que ofrece un grupo estructurado compuesto de pocos miembros, orientado hacia el apoyo mutuo, con un objetivo concreto, que proporciona interacciones personales”. La participación en el grupo compartiendo la experiencia del cáncer con el resto de los participantes tiene efectos positivos, ya que ayuda a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas y mejora su adaptación emocional.

Según Johnson y Lane, el apoyo grupal tiene 4 objetivos fundamentales: a) facilitar la expresión de sentimientos y experiencias acerca de la vivencia del cáncer y sus riesgos; b) facilitar el apoyo mutuo entre los participantes, derivado de compartir experiencias y problemas similares; c) informar formalmente sobre la enfermedad y sus opciones de tratamiento, y d) ayudar a los miembros del grupo a que conozcan las vías de mejora de sus estilos de afrontamiento y de resolución de problemas.

Para planificar los grupos de apoyo es necesario definir el número de sesiones por semana y el número de semanas de tratamiento, el tiempo de duración de cada sesión, así como el número de participantes. Hay programas realizados durante el diagnóstico (1-6 encuentros semanales), el tratamiento (4-12 encuentros semanales), la recuperación (8-16 semanas) o los cuidados paliativos (24 semanas o más). En general, la duración de cada visita es de hora y media y el número de participantes varía entre 6 y 20. Por otra parte, la dirección o liderazgo de esta intervención debe realizarse por parte de profesionales expertos, capaces de coordinar y controlar al grupo. El líder del grupo debe tener la suficiente sensibilidad, flexibilidad y espontaneidad para detectar las necesidades de los participantes. El líder debe promocionar la cohesión del grupo, ofrecer información estructurada, asegurar la confidencialidad, potenciar la honestidad y espontaneidad y evitar los juicios de valor.

Spiegel (citado por Zabalegui *et al.*)¹¹¹ realizó un estudio longitudinal experimental de 10 años de seguimiento con 36 pacientes en el grupo control y 50 en el grupo experimental, de mujeres con cáncer de mama metastásico. Este estudio documentó que el grupo experimental, que recibió la intervención de grupo de apoyo, aumentó anualmente su nivel de adaptación y redujo ciertos síntomas de la enfermedad, como el dolor. Este trabajo, sugiere que las intervenciones en grupos de apoyo pueden mejorar la adaptación y la CV del paciente oncológico.

Uno de los papeles fundamentales de la enfermería oncológica es el apoyo emocional y facilitar la adaptación del paciente a su enfermedad a través de intervenciones psicosociales, y una de ellas es el apoyo grupal. Para realizar esta función es necesario que la enfermera posea una buena formación en el manejo de estos pacientes y en liderazgo de grupos, además de familiarizarse con los diferentes temas que se presentan durante las sesiones grupales. Las intervenciones de enfermería en grupos de apoyo mejoran de forma significativa el estado emocional, la adaptación a la enfermedad, la CV y las relaciones de pareja de los pacientes oncológicos.

El propósito de un estudio realizado por la Universidad Internacional de Catalunya fue evaluar los trabajos científicos publicados en los últimos 20 años sobre las diferentes intervenciones de enfermería en grupos de apoyo en relación con la adaptación del paciente al proceso oncológico. Los objetivos específicos fueron: a) revisar el estado actual de los conocimientos sobre las diferentes intervenciones de enfermería en grupos de apoyo, y b) evaluar mediante metaanálisis la evidencia empírica de las intervenciones de enfermería en grupos de apoyo.

La hipótesis planteada fue que en el paciente oncológico, las intervenciones de enfermería en grupos de apoyo mejora el grado de adaptación a la enfermedad, el estado emocional, la CV, la supervivencia y las relaciones de pareja. Los resultados han confirmado que este tipo de intervención psicosocial es beneficiosa para los pacientes oncológicos y su familia. Los grupos de apoyo evidencian una mejora significativa en los estados emocionales (p. ej., depresión y ansiedad), así como de CV y, finalmente, en las relaciones de pareja. Los resultados obtenidos no han podido confirmar las hipótesis de que las intervenciones de apoyo grupal sean beneficiosas para los pacientes oncológicos en ciertos aspectos, como la supervivencia¹¹¹.

En otro estudio realizado por Rodríguez y Font¹¹² tiene como objetivo conocer cómo evolucionan estas emociones desadaptativas, cuando se participa en una

terapia de grupo orientada a mejorar la calidad de vida. La muestra se compone de 38 mujeres con cáncer de mama que se encuentran en intervalo libre de enfermedad. Los resultados obtenidos indicaron que el denominado “malestar emocional” mejora a lo largo de la terapia, si bien en algunas pacientes afloran más las emociones negativas durante la terapia que al inicio de la misma. Donde se observa una mayor mejoría es en el aspecto de recuperar las ganas e ilusión por las cosas ($p < 0,01$). También se observó una disminución de la ira, la ansiedad, la depresión, las dificultades de concentración y el miedo. Por ello, los autores llegaron a la conclusión de que la terapia de grupo de larga duración (8 meses), se ha mostrado eficaz para ayudar a la adaptación emocional.

- **Grupos de auto-ayuda (5430)**, la mayoría de las supervivientes a largo plazo se enfrentan a problemas psicosociales. Sin embargo, el asesoramiento y la ayuda del apoyo social informal y en particular de los grupos de auto-ayuda parecen beneficiosos. El número de grupos de auto-ayuda en el cáncer de mama es cada vez mayor, y tratan de ofrecer a las mujeres lo que no está disponible encontrar en los servicios formales. El apoyo social informal puede ayudar a mitigar los efectos psicosocial negativos, y satisfacer las necesidades de las supervivientes a largo plazo de cáncer de mama. A medida que pasa el tiempo y las mujeres con cáncer de mama continúan con su vida, su necesidad de una gran red de apoyo disminuye. Sin embargo, compartir ideas con los demás en una situación similar puede ayudar a las mujeres a comprender el curso de supervivencia y ver que las secuelas del cáncer de mama no son exclusivas de ellas²⁷.

Según Vivar²⁷ en su revisión sistemática, un estudio canadiense realizado por Gray et al. muestra que los grupos de autoayuda son favorables para el cumplimiento de las necesidades emocionales de corto y largo plazo en las sobrevivientes. El intercambio de experiencias e información con otras mujeres y sentirse comprendida pareció adecuado a las participantes. Otro estudio de Adamsen & Rasmusse (citado por Vivar), confirman que la participación en grupos alivia la sensación de soledad, y ofrece apoyo emocional y social. Aunque

los grupos de autoayuda han demostrado la conformidad con las necesidades de información y, en particular, las necesidades emocionales de corto y largo plazo a las supervivientes del cáncer de mama, la sensación de aislamiento aún puede ser experimentada por las mujeres jóvenes cuando asisten a grupos de apoyo. La escasez de pruebas de enfermería sobre este tema limita la eficacia de la atención enfermera para las supervivientes de cáncer.

Cabe recordar que Enfermería no sólo desempeña un papel importante en el cuidado de los pacientes en tratamiento y de sus familiares, sino también en las fases de diagnóstico, supervivencia, recidiva y fase terminal del cáncer. No obstante, para ofrecer una buena atención a esta población en crecimiento, los profesionales de la salud debemos en primer lugar conocer cuáles son las necesidades específicas de las mujeres españolas supervivientes al cáncer de mama.

BIBLIOGRAFÍA



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Asociación Española Contra el Cáncer* [Internet] España, [acceso 24 de noviembre 2014]. Cáncer por localización, cáncer de mama. Disponible en: <https://www.aecc.es/>
2. Mariscal Crespo, María Isabel. *Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama*. [Tesis doctoral], Alicante: Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante; 2006. Consultado el 21 de marzo de 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/13253>.
3. Recalde MT, 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 [Internet]. 2012 Diciembre. [consultado 19 de octubre de 2013]; 8(2): 13-29. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v10n2/v10n2a03.pdf>
4. Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2008 Jan 23. [Consultado 11 de noviembre de 2012]; (1): CD005634.
Doi: 10.1002/14651858.CD005634.pub2.
5. Burgos Gorjón María Ángeles, Idígoras Santos Antonio, Cruces Jiménez José Miguel, Gómez Morillas María, Gata Cala Carmen, Cabrerizo Cordero Rosario. Calidad de vida tras el cáncer de mama. España, ISSN: 1988-3439 - AÑO V – N. 12 – 2011. Disponible en:
<http://www.indexf.com/para/n11-12/130d.php>
6. Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, Martí J, Emparanza JI. Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2001 [consultado 26 de noviembre de 2013]; (1): CD002943. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11279781>

7. Schwartzmann Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2003 Diciembre [consultado el 25 de marzo de 2011]; 9(2): 09-21. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003002000002&lng=es.
8. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). El cáncer en España.com [Internet]. Madrid, 2010 [consultado el 4 de septiembre de 2014]. Disponible en:
http://fecma.vinagrero.es/documentos/EL_CANCER_EN_ESPA%C3%91A_2010.pdf.
9. Piedra Sánchez, Fernando. *Evolución en la terapéutica hospitalaria del cáncer*. [Tesis doctoral], Madrid: Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica, Universidad Complutense de Madrid; 2004. Consultado el 18 de abril de 2013. Disponible en:
<http://eprints.ucm.es/tesis/far/ucm-t27793.pdf>
10. Cabanes Domenech Anna, Pérez-Gómez Beatriz, Aragonés Nuria, Pollán Marina, López-Abente Gonzalo. La situación del cáncer en España, 1975-2006 [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2009 [consultado el 4 de septiembre de 2014]. Disponible en:
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/SituacionCancerenEspana1975_2006_2010.pdf
11. National Cancer Institute [Internet]. Estados Unidos. [Consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en:
<http://srab.cancer.gov/prevalence/canques.html>.
12. EUROCARE. EUROPEAN CANCER REGISTRY BASED STUDY ON SURVIVAL AND CARE OF CANCER PATIENTS [Internet]. Disponible en: <http://www.eurocare.it/>. Consultado el 22 de marzo de 2014.
13. Viana Zulaica Cristina. *Cáncer de mama* [sede Web] Guías Clínicas 2007; 7 (36) [acceso 7 de febrero de 2012]. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/guias2/mama.asp>

14. Ocón Hernández Olga, Fernández Cabrera Mariana F., Pérez Vicente Sabina, Dávila Arias Cristina, Expósito Hernández José, Olea Serrano Nicolás. Supervivencia en cáncer de mama tras 10 años de seguimiento en las provincias de Granada y Almería. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2010 Diciembre [acceso el 29 de marzo de 2012]; 84(6): 705-715. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000600003&lng=es
15. Micaela Reich y Eduardo Remor. Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología* [Internet]. 2011 [consultado el 29 de marzo de 2012]; 8 (2-3): 453-471. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/37892>
16. Markes M, Brockow T, Resch KL. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2006 Oct 18 [consultado el 12 de junio de 2013] ;(4):CD005001. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054230>
17. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet] 2003 [consultado el 12 de junio de 2013] ;(2):CD003373. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12804462>
18. Martine Margaretha Goedendorp, Marieke FM Gielissen, Constantijn AHHVM Verhagen, Gijs Bleijenberg. Intervenciones psicosociales para la reducción de la fatiga durante el tratamiento del cáncer en adultos (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD006953. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
19. Rojas MP, Telaro E, Russo A, Moschetti I, Coe L, Fossati R, Palli D, Roselli del Turco M, Liberati A Estrategias de seguimiento para mujeres bajo tratamiento por cáncer de mama precoz (Revisión Cochrane

- traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- 20.** Infosalus.com [Internet]. Madrid [consultado el 4 de marzo 2014]. Una de cada tres mujeres con cáncer de mama tiene menos de 45 años Disponible en: <http://www.infosalus.com/salud-bienestar/noticia-cada-mujeres-cancer-mama-tiene-menos-45-anos-tasa-va-aumentando-retraso-maternidad-20140304141202.html>
- 21.** Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) [Internet]. Madrid [consultado el 11 de febrero de 2014]. El Cáncer en España 2013. Disponible en: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/104018-el-cancer-en-espana-2013>
- 22.** Chirlaque MD, Salmerón D, Cirera L, Tortosa J, Valera I, Párraga E, Navarro C. Cáncer de mama: situación en la Región de Murcia. Actualización epidemiológica [Internet]. Región de Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; Dirección General de Salud Pública, 2012. [Consultado el 22 de enero del 2013]. Disponible en www.murciasalud.es
- 23.** Chirlaque MD, Tortosa J, Valera I, López-Rojo C, Párraga E, Salmerón D, Navarro C. Casos y Tasas de Incidencia de Cáncer en la Región de Murcia 1983-2003 [Internet]. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; Dirección General de Salud Pública, 2009. [Consultado el 12 de diciembre del 2012]. Disponible en www.murciasalud.es
- 24.** National Breast and Ovarian Cancer Centre. Breast cancer risk factors: a review of the evidence [Internet]. Surry Hills, NSW, 2009 [Consultado el 18 de octubre del 2013]. Disponible en: www.nbocc.org.au.
- 25.** El Mundo [Internet]. Valencia [Consultado el 10 de marzo del 2011]. Nuevo sistema de diagnóstico por imagen para ver el cáncer de mama con un año de antelación. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2011/03/09/valencia/1299671727.html>

26. Leigh, S. Preface: The culture of survivorship. *Seminars in Oncology Nursing* , Volume 17 , Issue 4 , 234 – 235.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/sonu.2001.27910>.
27. Vivar CG, McQueen A. Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *J Adv Nurs*. 2005 Sep;51(5):520-8.
28. Vivar, C. Calidad de vida en supervivientes a largo plazo de cáncer de mama: Un área olvidada en la investigación enfermera española. *Index Enferm* [Internet]. 2005 Nov [Consultado el 21 de enero del 2012] ; 14(50): 25-29. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000200006>.
29. Castro Rodríguez I, Alonso Romero JL, Marin Rodríguez P, Aranda Mercader JD. Evaluación de calidad de las unidades de mama. Programa de prevención del cáncer de mama. Región de Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud Pública, 2014. Serie Informes nº:66. ISBN: 978-84-15909-04-0. Depósito Legal: MU-1269-2013.
30. Mellekjaer L, Bigaard J, Tjnneland A, Christensen J, Thomsen B, Johansen C, Overvad K, Olsen JH. Body composition and breast cancer in postmenopausal women: a Danish prospective cohort study. *Obesity* [Internet]. 2006 [Consultado el 05 de diciembre del 2012]; 14 (10): 1854-62. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2006.214/full>
31. Aguilar-Cordero MJ, González-Jiménez E, García-López AP, Álvarez-Ferré J, Padilla-López CA, Guisado-Barrilao R, Rizo-Baeza M. Obesidad y su implicación en el cáncer de mama. *Nutr Hosp* [Internet]. 2011 [Consultado el 05 de diciembre del 2012]; 26 (4): 899-903. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112011000400033&script=sci_arttext&tlng=es/

32. Steindorf K, Schmidt M, Ulrich C. Effects of physical activity on cancer risk and disease progression after cancer diagnosis. *Support Care Cancer* [Internet]. 2012 [Consultado el 22 de diciembre del 2013]; 55 (1): 10-6. DOI: 10.1007/s00103-011-1385-z
33. Aguilar Cordero M.^a J., Neri Sánchez M., Padilla López C. A., Pimentel Ramírez M. L., García Rillo A., Sánchez López A. M.. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2014 Mar 22] ; 27(5): 1631-1636. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.5.5997>.
34. Ortega García JA, Cánovas Conesa CA. Recomendaciones dietéticas, actividad física y medio ambiente para las y los supervivientes de Cáncer de Mama [Internet]. 1^a edición. PEHSU-Murcia, Murcia, 2012 [Consultado el 14 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.pehsu.org/wp>
35. Robert L. Schalock, Miguel Ángel Verdugo. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Ed. Alianza; 2003.
36. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 1948 [Consultado el 18 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
37. Salas Zapata, Carolina; Grisales Romero, Hugo. El reto de la valoración de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Salud Uninorte* [Internet]. 2010 [Consultado el 18 de marzo de 2014]; 26: 134- 142. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81715089013>.
38. Aires-González MM, Beato C, Virizuela J. Problemas psicológicos y emocionales del superviviente. In: Alba E, Cruz JJ, Editores, *Largos supervivientes en cáncer*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, 2012.,p.53-9.

39. Elisa Kern de Castro, Lourdes Moro. Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología* [Internet]. 2012 [Consultado el 09 de junio de 2014], 9 (2-3), 453-465. ISSN: 1696-7240
DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40916.
40. Cramp F, Daniel J. Ejercicio para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
41. Baruth M, Wilcox S, Der Ananian C, Heiney S. Effects of Home-Based Walking on Quality of Life and Fatigue Outcomes in Early Stage Breast Cancer Survivors: A 12-Week Pilot Study. *J Phys Act Health* [Internet]. 2013 Aug 19 [Consultado el 09 de junio de 2014]. [Epub ahead of print]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23963636>
42. Kirshbaum MN. A review of the benefits of whole body exercise during and after treatment for breast cancer. *J Clin Nurs* [Internet]. 2007 Jan;16 [Consultado el 09 de junio de 2014] (1):104-21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17181672>
43. Cuesta-Vargas AI, Buchan J, Arroyo-Morales M. A multimodal physiotherapy programme plus deep water running for improving cancer-related fatigue and quality of life in breast cancer survivors. *Eur J Cancer Care* [Internet]. 2014 Jan;23 [Consultado el 09 de junio de 2014]. (1):15-21. doi: 10.1111/ecc.12114.
44. Segrin Chris, Badger Terry A., Meek Paula, Lopez Ana Maria, Bonham Elizabeth, Sieger Amelia. Dyadic interdependence on affect and quality-of-life trajectories among women with breast cancer and their partners. *J Soc Pers Relat* [Internet]. 2005 [Consultado el 28 de febrero de 2013]; 22(5): 673–689. Disponible en: <http://spr.sagepub.com/content/22/5/673.abstract>

45. Roth EB, Jeffe DB, Margenthaler JA, Aft RL. Method of breast cancer presentation and depressed mood 1 year after diagnosis in women with locally advanced disease. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2009 Jun;16 [Consultado el 20 de mayo de 2013]. (6):1637-41. doi: 10.1245/s10434-009-0445-1.
46. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2008 Jul;11 [Consultado el 20 de mayo de 2013]. (1):9-17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17674188>
47. Chen X, Zheng Y, Zheng W, Gu K, Chen Z, Lu W, Shu XO. Prevalence of depression and its related factors among Chinese women with breast cancer. *Acta Oncol* [Internet]. 2009 Aug 27 [Consultado el 20 de mayo de 2013]. 48(8):1128-36. Doi: 10.3109/02841860903188650.
48. Antoni MH, Wimberly SR, Lechner SC, Kazi A, Sifre T, Urcuyo KR et al. Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2006 Oct;16 [Consultado el 20 de mayo de 2013]. 3(10):1791-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17012691>
49. Grunfeld Eva, Sukhbinder Dhesy-Third, Levine Mark. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: Follow-up after treatment for breast cancer. *CMAJ* [Internet]. 2005 [Consultado el 20 de mayo de 2013]. 172 (10): 1319–1320. Doi: 10.1503/cmaj.045062
50. Stead ML. Sexual dysfunction after treatment for gynaecologic and breast malignancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* [Internet]. 2003 [Consultado el 20 de mayo de 2013]. 15(1):57-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12544503>
51. Howard-Anderson J, Ganz PA, Bower JE, Stanton AL. Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst*. 2012 Mar 7;104(5):386-405. doi: 10.1093/jnci/djr541. Epub 2012 Jan 23.

- 52.** Galiano-Castillo N, Ariza-García A, Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Díaz-Rodríguez L, Legerén-Alvarez M, Sánchez-Salado C, Del-Moral-Avila R, Arroyo-Morales M. Telehealth system (e-CUIDATE) to improve quality of life in breast cancer survivors: rationale and study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*. 2013 Jun 22;14:187. Doi: 10.1186/1745-6215-14-187.
- 53.** Taleghani F1, Karimain J, Babazadeh S, Mokarian F, Tabatabaiyan M, Samimi MA, Aminian MR. The effect of combined aerobic and resistance exercises on quality of life of women surviving breast cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]*. 2012 Jan [Consultado el 08 de octubre de 2013] 17(1):47-51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23493334>
- 54.** Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, Kasprovicz S, Durrence HH. Sleep and quality of life in breast cancer patients. *J Pain Symptom Manage [Internet]*. 2002 Nov [Consultado el 08 de octubre de 2013]. 24(5):471-80. Disponible en: <http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924%2802%2900500-6/abstract>
- 55.** Vilholm OJ, Cold S, Rasmussen L, Sindrup SH. Sensory function and pain in a population of patients treated for breast cancer. *Acta Anaesthesiol Scand [Internet]*. 2009 Jul [Consultado el 08 de octubre de 2013]. 53(6):800-6. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2009.01938.x
- 56.** Baxter NN, Goodwin PJ, McLeod RS, Dion R, Devins G, Bombardier C. Reliability and validity of the body image after breast cancer questionnaire. *Breast J. [Internet]*. 2006 May-Jun [Consultado el 08 de octubre de 2013]. 12(3):221-32. DOI: 10.1111/j.1075-122X.2006.00246.x
- 57.** Báñez Villoria, Milagros. Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama [Tesis doctoral], Barcelona: Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona; 2002. Consultado el 21 de marzo de 2011. Disponible en <http://www.tdx.cat/TDX-0522103-210619>.

58. Pérez Rodríguez, Sandra. Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo. [Tesis doctoral], Valencia: Facultad de Psicología. Universidad de Valencia; 2008. Consultado el 21 de marzo de 2011. Disponible en: <http://www.tdx.cat/TDX-0608109-095515>.
59. Badger C, Preston N, Seers K, Mortimer P. Tratamientos físicos para la disminución y el control del linfedema de las extremidades (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
60. Rawl SM, Given BA, Given CW, Champion VL, Kozachik SL, Kozachik SL, Barton D, Emsley CL, Williams SD. Intervention to improve psychological functioning for newly diagnosed patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2002 Jul [Consultado el 21 de marzo de 2011]. 29(6):967-75. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12096294>
61. Merino Navarro, Dolores. Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama. [Tesis doctoral], Alicante: Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante; 2012. Consultado el 15 de febrero de 2013. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/26552>.
62. World Health Organization. European Code Against Cancer [Internet]. Francia. [Consultado el 21 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>
63. Ergun M., Eyigor S., Karaca B., Kisim A. & Uslu R. Effects of exercise on angiogenesis and apoptosis-related molecules, quality of life, fatigue and depression in breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care* [Internet]. 2013 [Consultado el 14 de septiembre de 2014]. 22, 626–637. DOI: 10.1111/ecc.12068.

64. American Cancer Society. Detailed Guide: Breast Cancer. 2014. [Consultado el 14 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-toc>
65. Soerjomataram I, Louwman MW, Ribot JG, Roukema JA, Coebergh JW. An overview of prognostic factors for long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2008 Feb;107(3):309-30. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10549-007-9556-1>
66. Houssami N, Ciatto S, Martinelli F, Bonardi R, Duffy SW. Early detection of second breast cancers improves prognosis in breast cancer survivors. *Ann Oncol* [Internet]. 2009 Sep [Consultado el 06 de marzo de 2013]. 20(9):1505-10.
67. Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM). Programas de cribado poblacional de cáncer de mama, abecedario del cáncer: la "A". Año III N°1 marzo 2007. Disponible en: http://www.geicam.org/images/stories/recursos/revista/2010/geysalus_08.pdf
68. Grunfeld Eva. Optimizing follow-up after breast cancer treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 Feb [Consultado el 06 de marzo de 2013]. 21(1):92-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19130633>
69. Miller D, Livingstone V, Herbison P. Intervenciones para aliviar el dolor y el malestar durante la mamografía de cribado (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
70. Fernández Ana Belén, Almazán Raquel, Corujo Montserrat, Zubizarreta Raquel. XII Reunión anual de los programas de detección precoz de cáncer de mama en España. Murcia, 22 y 23 de mayo 2008. [Consultado el 8 de abril de 2011]. Disponible en: www.programascancerdemama.org.

71. Pérez Riquelme F, Aguilar Jiménez J, Martínez Gálvez M, Nicolás Marín C, Ayala De La Peña F, Chaves Benito A, de Andrés García B, Carrasco García L and Muelas Martínez M. Programa de prevención del Cáncer de mama en la Región de Murcia en Mujeres con riesgo incrementado. [Consultado el 26 de noviembre de 2013]. Disponible en: www.murciasalud.es/archivo.php?id=66505
72. Castro Rodríguez I, Pérez Riquelme F, Gutiérrez García JJ. Programa para la Prevención del Cáncer de Mama. Resultados del bienio 2011-12. Región de Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud Pública, 2013. Serie Informes nº:67. ISBN: 978-84-15909-05-7. Depósito Legal: MU-1268-2013.
73. Sheppard C. Breast cancer follow-up: literature review and discussion. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2007 Sep [Consultado el 26 de noviembre de 2013]. 11(4):340-7. Disponible en: <http://www.ejncologynursing.com/article/S1462-3889%2806%2900176-1/abstract>
74. Miller R. Implementing a survivorship care plan for patients with breast cancer. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2008 Jun [Consultado el 26 de noviembre de 2013]. 12(3):479-87. Doi: 10.1188/08.CJON.479-487.
75. Bauer-Wu Susan. Nursing/Quality-of-Life Perspective. *Integr Cancer Ther* [Internet]. 2003 March [Consultado el 26 de noviembre de 2013]. 2 (73). Doi: 10.1177/1534735403002001008
76. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Management of early breast cancer. Best Practice Guideline. Ministry of Health New Zealand 2009. Disponible en: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/mgmt-of-early-breast-cancer-aug09.pdf>
77. Código Internacional de Enfermeras (CIE). La función de las enfermeras en la prevención del cáncer [Internet]. Suiza. 2008 [Consultado el 15 de junio de 2013]. Disponible en:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A14_Preencion_cancer-Sp.pdf

- 78.** Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 1993 [Consultado el 15 de febrero de 2012]. 85: 365-376. Disponible en: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/85/5/365.long>
- 79.** Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, te Velde A, Muller M, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol* [Internet]. 1996 [Consultado el 15 de febrero de 2012]. 14:2756e68. Disponible en: <http://jco.ascopubs.org/content/14/10/2756>
- 80.** Aaronson NK, Ahmedzai S, Bullinger M et al. The EORTC Core Quality of Life Questionnaire: interim results of an international field study. En: Osaba D. editor. *Effect of cancer Quality of Life*. Boca Raton: CRC Press; 1991. P. 185-204.
- 81.** Fayers PMAN, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of Life Group. *The EORTC QLQ-C30 scoring Manual*. 3rd ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer [Internet]. 2001 [Consultado el 15 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
- 82.** Cull A, Sprangers M, Bjordal K, Aaronson N, on behalf of the EORTC Quality of Life Study Group. *EORTC Quality of Life Study Group Translation Procedure*. EORTC, Brussels, 1998. ISBN: 2-930064-15-3.
- 83.** Winters ZE, Balta V, Thomson HJ, Brandberg Y, Oberguggenberger A, Sinove Y, Unukovych D, Nava M, Sandelin K, Johansson H; European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Group, Dobbeleir J, Blondeel P, Bruno N, Catanuto G, Llewellyn-

- Bennett R. Phase III development of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire module for women undergoing breast reconstruction. *Br J Surg* [Internet]. 2014 Mar [Consultado el 27 de octubre de 2014]. 101(4):371-82. Doi: 10.1002/bjs.9397. Epub 2014 Jan 29.
- 84.** Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. Publicado en: «BOE» núm. 298, de 14/12/1999. Entrada en vigor: 14/01/2000. Departamento Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1999-23750. [Consultado el 28 de febrero de 2012]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>.
- 85.** Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* [Internet]. 2008 Nov 11 [Consultado el 17 de diciembre de 2014]. 8:330. Doi: 10.1186/1471-2407-8-330
- 86.** Recalde MT, 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. *em. Inst. Investig. Cienc. Salud* [Internet]. Diciembre 2012 [Consultado el 17 de diciembre de 2014]. 10(2): 13-29. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282012000200003&lng=en.
- 87.** Han J, Grothuesmann D, Neises M, Hille U, Hillemanns P. Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2010 Jul [Consultado el 17 de diciembre de 2014]. 282(1):75-82. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-009-1302-y>
- 88.** Salonen P, Tarkka MT, Kellokumpu-Lehtinen PL, Koivisto AM, Astedt-Kurki P, Kaunonen M. Individual face-to-face support and quality of life in patients with breast cancer. *Int J Nurs Pract*. 2011 Aug;17(4):396-410. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01948.x.

89. Salonen P., Rantanen A., Kellokumpu-Lehtinen P.-L., Huhtala H. & Kaunonen M. The quality of life and social support in significant others of patients with breast cancer – a longitudinal study. *European Journal of Cancer Care* [Internet]. 2014 Mar [Consultado el 5 de enero de 2015]. 23(2):274-83. Doi: 10.1111/ecc.12153.
90. Salas Zapata Carolina, Grisales Romero Hugo. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica* [serial on the Internet]. 2010 July [Consultado el 5 de enero de 2015] ; 28(1): 9-18. Doi.org/10.1590/S1020-49892010000700002.
91. Ramadas A, Qureshi AM, Dominic NA, Botross NP, Riad A, Thirunavuk Arasoo VJ, Elangovan S. Socio-demography and medical history as predictors of health-related quality of life of breast cancer survivors. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet]. 2015 [Consultado el 18 de febrero de 2015];16(4):1479-85. DOI:http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.4.1479
92. Fatma Sert, Zeynep Ozsaran, Erhan Eser, Senem Demirci Alanyalı, Ayfer Haydaroglu, Arif Aras. Quality of Life Assessment in Women with Breast Cancer: A Prospective Study Including Hormonal Therapy. *J Breast Cancer* [Internet]. Jun 2013 [Consultado el 17 de diciembre de 2014]. 16(2): 220–228. Doi: 10.4048/jbc.2013.16.2.220
93. Fenlon D, Powers C, Simmonds P, Clough J, Addington-Hall J. The JACS prospective cohort study of newly diagnosed women with breast cancer investigating joint and muscle pain, aches, and stiffness: pain and quality of life after primary surgery and before adjuvant treatment. *BMC Cancer* [Internet]. 2014 Jun 25 [Consultado el 5 de enero de 2015]. 14:467. Doi: 10.1186/1471-2407-14-467
94. Hsu T, Ennis M, Hood N, Graham M, Goodwin PJ. Quality of Life in Long-Term Breast Cancer Survivors. *J Clin Oncol* [Internet]. 2013 Oct 1 [Consultado el 17 de diciembre de 2014]. 31(28):3540-8. Doi: 10.1200/JCO.2012.48.1903

95. Koch L, Jansen L, Herrmann A, Stegmaier C, Holleczeck B, Singer S, Brenner H, Arndt V. Quality of life in long-term breast cancer survivors - a 10-year longitudinal population-based study. *Acta Oncol* [Internet]. 2013 Aug [Consultado el 17 de diciembre de 2014]. 52(6):1119-28. Doi: 10.3109/0284186X.2013.774461
96. Delgado-Sanz MC, García-Mendizábal MJ, Pollán M, Forjaz MJ, López-Abente G, Aragonés N, Pérez-Gómez B. Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2011 Jan 14 [Consultado el 17 de diciembre de 2014]. 9:3. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/9/1/3>
97. Vázquez-Calatayud, M; Carrascosa-Gil, R; Vivar, C. G. La supervivencia de transición en el cáncer de mama. Una revisión narrativa. *Revista ROL de enfermería*, ISSN 0210-5020, Vol. 33, Nº. 10, 2010 , págs. 30-39
98. Vivar, C. Plan de cuidados en la supervivencia de cáncer: un reto en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2010 [Consultado el 5 de enero de 2015]. 42(7) :354–355. Doi:10.1016/j.aprim.2010.04.002.
99. Beatriz Braña-Marcos, Diego Carrera-Martínez, Mónica De La Villa-Santoveña, Estefanía Vegas-Pardavilla, Sara Avanzas Fernández y María Teresa Gracia Corbato. Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enferm Clin* [Internet]. 2012 [Consultado el 5 de enero de 2015]. 22(2):65-75. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-estadisticas-supervivientes-cancer-mama-calidad-vida-90104724>
100. J. I. Arraras Urdaniz, J. J. Illarramendi Mañas, A. Manterola Burgaleta, M. Tejedor Gutiérrez, R. Vera García, J. J. Valerdi Álvarez y M. A. Domínguez Domínguez. Evaluación de la calidad de vida a largo plazo en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales mediante los cuestionarios de la EORTC. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2003 [Consultado el 5 de enero de 2015]. 203(12):577-81. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/en/evaluacion-calidad-vida-largo-plazo/articulo/13053726/>

101. Domínguez Gil María Rosario, Acosta Mosquera María Eugenia, Méndez Martín Inmaculada, Maestre Ramos Isabel, Pedrote Ramírez Caridad, Frutos Cantó Marcela. Evaluación de la Calidad de Vida tras el tratamiento primario del cáncer de mama. *Index Enferm* [Internet]. 2009 Dic [Consultado el 10 de enero de 2015]. 18(4): 246-248. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400007&lng=es.
102. Vivar, C. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Aten Primaria* [Internet]. [Consultado el 10 de enero de 2015]. 2012; 44(5):288---292. Doi:10.1016/j.aprim.2011.07.011.
103. Muñoz Torres TJ, Rocha Rodríguez R, Méndez Bernal MY. Plan cuidado enfermero estandarizado en paciente con cáncer de mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2012 [Consultado el 05 de enero de 2015]; 20(2):97-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim2012/eim122g.pdf>
104. Herdman, T.H. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
105. Marion Johnson, Gloria Buelechek, Howard Butcher, Joanne McCloskey, Meridean Maas, Sue Moorhead y Elizabeth Swanson. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
106. Yáñez Amorós, Beatriz. “Musicoterapia en el paciente oncológico”. *Cultura de los Cuidados*. Año XV, n. 29 (1. cuatrimestre 2011). ISSN 1138-1728, pp. 57-73
107. Campbell G. *El Efecto Mozart*. 1.ª ed. Barcelona: Urano, S.A; 1998.
108. Katja Boehm, Holger Cramer, Thomas Staroszynski, and Thomas Ostermann, “Arts Therapies for Anxiety, Depression, and Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis,” *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [Internet].

- 2014 [Consultado el 19 de diciembre de 2014];. 2014: 103297, 9 pages.,
Doi:10.1155/2014/103297.
- 109.** Almansa Martínez, P. “La terapia musical como intervención enfermera”,
Enferm. Glob. [Internet]. 2003 [Consultado el 16 de abril de 2012]; 2 (2).
Disponible en: www.um.es/eglobal/
- 110.** Sturgeon M, Wetta-Hall R, Hart T, Good M, Dakhil S. Effects of
therapeutic massage on the quality of life among patients with breast
cancer during treatment. *J Altern Complement Med.* [Internet]. 2009 Apr
[Consultado el 16 de abril de 2012];15(4):373-80.
- 111.** Zabalegui Yarnoz A, Sánchez Quintoa S, Sánchez Castillo PD, Juando
Prats C. Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática.
Enferm Clin. [Internet]. 2005 [Consultado el 16 de abril de
2012];15(1):17-24. Doi: 10.1089/acm.2008.0399.
- 112.** Rodríguez, E. y Font, A. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de
mama: evolución de las emociones desadaptativas. *PSICOONCOLOGÍA*
[Internet]. 2013 [Consultado el 22 de noviembre de 2013]; 10(2-3): 275-
287. ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449.

ANEXOS



Anexo 1: Autorización del Gerente del Área I



Arrixaca
Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"
 Ctra. Madrid - Cartagena • Telf. 968 36 95 00
 30120 El Palmar (Murcia)

Fecha: Murcia a 30 de abril de 2012
 De: D. José Vicente Albaladejo Andreu
 Director Gerente Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I Murcia Oeste
 N/Ref. JVAA/LH

Universidad de Murcia
 Facultad de Enfermería
 D^a Pilar Almansa Martínez
 Profesora Titular
 Campus Universitario de Espinardo
30100 Murcia

Estimada Pilar:

En contestación a su solicitud de autorización para que D^a Paula Ruiz Carreño pueda realizar una encuesta a mujeres de la consulta de Oncología de este Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, enmarcada dentro del Estudio que están realizando en la "Calidad de vida en mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama de varios años, en la Región de Murcia", le comunico que no existe inconveniente por parte de esta Dirección Gerencia en la realización de dicho estudio.

Le recordamos las obligaciones que contrae de conformidad con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de paciente, así como que deberá hacernos llegar una copia del estudio una vez concluido, a esta Gerencia y a la Unidad de Investigación de este Hospital.

La persona con la que deberá contactar en el Hospital es D. Pablo Viguera Paredes, Jefe de Servicio de Asesoría Jurídica, para la firma del documento de confidencialidad en el teléfono 968 369 666.

Un cordial saludo,


 José Vicente Albaladejo Andreu
 Director Gerente Área I Murcia Oeste
 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Anexo 2: Autorización del Gerente del Área VI



D. VICTOR SORIA ALEDO, COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA VI DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

INFORMA: Que se ha solicitado, a través del Director Gerente del Área VI la realización de un estudio perteneciente al Proyecto de Tesis Doctoral titulado *“Calidad de vida en mujeres de la Región de Murcia con un diagnóstico de cáncer de mama de varios años”* y cuya doctoranda es D^a Paula Ruiz Carreño.

El estudio tiene como objetivo evaluar la calidad de vida en una muestra de mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama superior o igual a cinco años con residencia en la Región de Murcia y pertenecientes a las consultas de oncología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital Morales Meseguer y a la AECC. También pretende identificar los diagnósticos e intervenciones enfermeras más comunes en este grupo.

Para ello, se llevará a cabo un estudio observacional, transversal y analítico en la consulta de oncología a través de varias encuestas que se presentan. Las pacientes serán informadas y se les pedirá su consentimiento para participar en el estudio.

Una vez revisada la documentación enviada por la doctoranda, informo que **el estudio es viable en todos sus términos.**

Y para que conste, a los efectos oportunos, se expide este informe en Murcia, a 4 de octubre de 2012.

V. B.
EL DIRECTOR GERENTE


Fdo.: Tomás Salvador Fernández Pérez

Fdo. : Víctor Soria Aledo
Coordinador de investigación

MM.12

"Hospital Morales Meseguer" - C/. Marqués de los Vélez, s/n • Teléf. 968 36 09 00 • Fax. 968 23 24 84 • 30008 MURCIA

Anexo 3: Permiso de la Comisión de Bioética

UNIVERSIDAD DE MURCIA | Vicerrectorado de Investigación e Internacionalización

COMISIÓN DE BIOÉTICA

**INFORME DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA
DE LA
UNIVERSIDAD DE MURCIA**

Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia

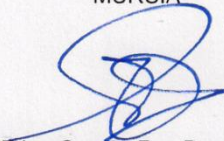
CERTIFICA:


Que D^a. Paula Ruiz Carreño ha presentado la tesis doctoral titulada "*Calidad de vida en mujeres de la Región de Murcia con un diagnóstico de cáncer de mama de varios años*", dirigida por la Dra. D^a. María Pilar Almansa Martínez a la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día 22 de mayo de 2012¹, por unanimidad se emite informe favorable desde el punto de vista bioético, condicionado a que en el modelo de consentimiento informado se haga referencia al respeto de la confidencialidad, así como a que el consentimiento explícito del titular deberá abarcar el hecho de que los datos sean incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del Presidente de la Comisión, en Murcia 22 de mayo de 2012.

Vº Bº
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE
MURCIA


Fdo.: Gaspar Ros Berruezo



¹ A los efectos de lo establecido en el art. 27.5 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del P.A.C. (B.O.E. 27-11), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación

Anexo 4: Consentimiento Informado



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Paula Ruiz Carreño Doctoranda de la Universidad de Murcia y por su directora, la Dra. Pilar Almansa Martínez. La meta de este estudio es *evaluar la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama*.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, realizada por *Paula Ruiz Carreño Doctoranda de la Universidad de Murcia, dirigido por la Dra. Pilar Almansa Martínez*. He sido informado de que la meta de este estudio es *evaluar la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama*.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Paula Ruiz Carreño al teléfono 659216416.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Paula Ruiz Carreño al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante
Teléfono:

Fecha

.....

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, realizada por *Paula Ruiz Carreño Doctoranda de la Universidad de Murcia, dirigido por la Dra. Pilar Almansa Martínez*. He sido informado de que la meta de este estudio es *evaluar la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama*.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Paula Ruiz Carreño al teléfono 659216416.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Paula Ruiz Carreño al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante
Teléfono:

Fecha

Anexo 5: Variables sociodemográficas y clínicas

Nº:

UNIVERSIDAD DE
MURCIA**VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS**

1. EDAD: _____

2. ESTADO CIVIL: Soltera Casada Separada/divorciada Viuda Pareja de hecho 3. Nº DE PERSONAS QUE CONVIVEN
EN EL DOMICILIO FAMILIAR: _____

4. Nº DE HIJOS: _____ 5. AÑO DEL DIAGNÓSTICO: _____

6. CIRUGÍA: Mastectomía radical Mastectomía parcial Conservadora
Reconstrucción 7. TRATAMIENTO QUE RECIBIÓ: Quimioterapia Radioterapia Terapia hormonal 8. ETAPA DEL CÁNCER: I II III IV 9. NIVEL DE ESTUDIOS: Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios 10. SITUACIÓN LABORAL: Empleada Desempleada Jubilada

11. PROFESIÓN: _____

12. LUGAR DE RESIDENCIA: _____

13. OTRAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS: _____

14. CREENCIAS RELIGIOSAS: _____

Anexo 6: Cuestionario de la EORTC QLQ-C30.

SPANISH ♀



EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas de usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor ponga sus iniciales:

--	--	--	--	--

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de hoy (día, mes, año):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, afeitarse o ir al servicio?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

Anexo 7: Cuestionario de la EORTC QLQ-BR23.

SPANISH

**EORTC QLQ - BR23**

Las pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada.

Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
31. ¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
32. ¿Tenían la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
33. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	1	2	3	4
34. ¿Se le cayó algo de pelo?	1	2	3	4
35. Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupada por la caída del pelo?	1	2	3	4
36. ¿Se sintió enferma o mal?	1	2	3	4
37. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	1	2	3	4
38. ¿Tuvo dolores de cabeza?	1	2	3	4
39. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
40. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
41. ¿Le resultó difícil verse desnuda?	1	2	3	4
42. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	1	2	3	4
43. ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?	1	2	3	4
Durante las últimas <u>cuatro</u> semanas:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
44. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
45. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)	1	2	3	4
46. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
47. ¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
48. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	1	2	3	4
49. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	1	2	3	4
50. Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
51. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
52. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal?	1	2	3	4
53. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (P.E. picor, sequedad, descamación)?	1	2	3	4

Anexo 8: Cuestionario QLQ-C30 + QLQ-BR23 adaptados.

Cuestionario EORTC, QLQ-30 + QLQ-BR23 adaptados

Estaríamos interesados en saber si algunas de estas dimensiones, se encuentran más o menos alteradas después de haber sufrido la enfermedad. (Cuestionario a realizar por la persona investigadora, NO por el paciente).

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4
6. ¿Tiene algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Tiene algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tiene sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Tiene dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesita parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Tiene dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se siente débil?	1	2	3	4
13. ¿Le falta el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Tiene náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Está estreñida?	1	2	3	4

17. ¿Tiene diarrea?	1	2	3	4		
18. ¿Se siente cansada?	1	2	3	4		
19. ¿Interfiere algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4		
20. ¿Tiene dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4		
21. ¿Se siente nerviosa?	1	2	3	4		
22. ¿Se siente preocupada?	1	2	3	4		
23. ¿Se siente irritable?	1	2	3	4		
24. ¿Se siente deprimida?	1	2	3	4		
25. ¿Tiene dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4		
26. ¿Interfiere su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4		
27. ¿Interfiere su estado físico o el tratamiento médico en su actividades sociales?	1	2	3	4		
28. ¿Le causan problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4		
29. ¿Cómo valora usted su salud general?						
1	2	3	4	5	6	7
Pésima						Excelente
30. ¿Cómo valora usted su calidad de vida en general?						
1	2	3	4	5	6	7
Pésima						Excelente
31. ¿Se le seca la boca seca?	1	2	3	4		
32. ¿Tiene la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4		
33. ¿Le duelen los ojos, se le irritaron o le lloraron?	1	2	3	4		
34. ¿Se le cae algo de pelo?	1	2	3	4		
35. Conteste a esta pregunta sólo si le cae algo de pelo:						
¿Se siente preocupada por la caída del pelo?	1	2	3	4		
36. ¿Se siente enferma o mal?	1	2	3	4		

37. ¿Tiene subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	1	2	3	4
38. ¿Tiene dolores de cabeza?	1	2	3	4
39. ¿Se siente menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
40. ¿Se siente menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
41. ¿Le resulta difícil verse desnuda?	1	2	3	4
42. ¿Se siente desilusionada con su cuerpo?	1	2	3	4
43. ¿Está preocupada por su salud en el futuro?	1	2	3	4
44. ¿Hasta qué punto está interesada en el sexo?	1	2	3	4
45. ¿Hasta qué punto tiene una vida sexual activa? (con o sin coito)	1	2	3	4
46. ¿Hasta qué punto disfruta del sexo?	1	2	3	4
47. ¿Siente algún dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
48. ¿Se le hincha el brazo o la mano?	1	2	3	4
49. ¿Tiene dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	1	2	3	4
50. Tiene algún dolor en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
51. ¿Se le hincha la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
52. ¿Siente que la zona de su pecho afectado está más sensible de lo normal?	1	2	3	4
53. ¿Tiene problemas de piel en la zona de su pecho afectado (P.E. picor, sequedad, descamación)?	1	2	3	4

Anexo 9: Cuestionario CAESCAM

AUTOCUIDADOS GENERALES																
GRADO DE CONOCIMIENTOS Muy bajo, Bajo, Alto, Muy alto				PRACTICAS DE AUTOCUIDADOS					GRADO DE INTERÉS Muy bajo, Bajo, Alto, Muy alto							
G- la dieta que debe seguir es				G- Controla su peso	nunca	Alguna vez	1 vez al mes	1 vez semana	G seguir una dieta equilibrada es							
				Con respecto a las comidas:									G mantener el peso aconsejables es			
				G- Toma verduras	1 r/día	2-3 r/sem	1 r/sem	nunca								
				G- Toma cereales integrales												
				G- Toma frutas	3/día	2/día	1/día	nunca								
				G- Toma leche y/o derivados (leche, queso, yogurt...)	+3/día	2-3/día	1/día	nunca								
				G- La cantidad de agua que toma al día es	(8 o más vasos,	4-6 vasos,	2-4 vasos,	1-2 vasos)								
				G- Controla la sal de las comidas	nunca,	a veces,	frecuentemente	siempre								
G- la actividad física que debe realizar es				G- Evita los alimentos ricos en grasa					G- mantenerse ágil y activa es							
				(nunca, de vez en cuando, 2-3 veces a la semana, todos los días).												
G- técnicas de mejora del sueño como la relajación es				G- Camina 30 minutos					G- aprender a relajarse.....							
				G- Mantiene un horario de sueño ajustado a sus necesidades												
				G- Utiliza técnicas de relajación cuando lo necesita												

AUTOCUIDADOS DE DESARROLLO PERSONAL E INTERACCIÓN SOCIAL																
GRADO DE CONOCIMIENTOS Muy bajo, Bajo, Alto, Muy alto				PRACTICAS DE AUTOCUIDADOS					GRADO DE INTERÉS Muy bajo, Bajo, Alto, Muy alto							
D- asociaciones y grupos de ayuda mutua de mujeres afectadas de cáncer de mama es				D- Se asesora con profesionales sanitarios sobre los cuidados cuando lo necesita					D- Se siente satisfecha de la comunicación que tiene con sus amigos							
				D- Prepara materiales y el medio para los autocuidados									D- Se siente satisfecha de la comunicación que tiene con su familia.			
				D- Dedicar un espacio de tiempo diario a realizar actividades recreativas o de ocio												
				D- Expresa sus sentimientos y preocupaciones cuando lo necesita												
				D- Habla con alguna persona de su familia o amiga de su aspecto físico cuando lo necesita												
				D- Se observa ante el espejo y toca la zona afectada												
				D- Cuida su imagen física (piel, cabello...)												
				D- Habla con su pareja de su aspecto físico cuando lo necesita												
D- los distintos tipos de prótesis es				D- Su problema de salud interfiere en sus relaciones sexuales					D- Se siente apoyada por su familia							
				D- Habla con su pareja de sus relaciones sexuales cuando lo necesita												
				D- Permite que su pareja le vea la zona afectada												
				D- Usa ropa adaptada.....												
D- ropa adaptada es.....									D- Se siente satisfecha de la comunicación que tiene con su pareja							
									D- Se siente apoyada por su pareja							

AUTOCUIDADOS ESPECIFICOS DEL PROBLEMA DE SALUD												
GRADO DE CONOCIMIENTOS Muy bajo, Bajo, Alto, Muy alto				PRACTICAS DE AUTOCUIDADOS nunca, /6 meses /2-3 meses, / mes				GRADO DE INTERÉS Muy bajo, Bajo, Alto, Muy alto				
E- su problema de salud es				E- Frecuencia de la autoexploración mamaria				D- Siente optimismo respecto al futuro				
E- los autocuidados de su problema de salud es				E- Realiza ejercicios para mantener la movilidad del hombro y brazo afectados				D- Desea trabajar y ocuparse de la casa				
E- el procedimiento de autoexploración mamaria es				E- Evita el contacto con animales (gatos, perros, insectos...) sin protección				D- Confía en las posibilidades de reorganizar su vida				
E- los efectos derivados de los tratamientos que sigue es				E- Observa heridas, contusiones o signos de inflamación en el brazo afectado				D- Cree que la mejoría de su salud depende en parte de que su actitud sea positiva				
E- Los ejercicios específicos del hombro y brazo afectados es				Evita la presión en axilas y brazo afectado (ropa, pulseas, reloj, anillos...)								
E- los autocuidados del brazo afectado es				E- Evita agresiones en el brazo afectado (tomar presión arterial y punciones en el brazo afectado)								
E- recursos terapéuticos (profesionales, servicios e instituciones) es				E- Evita realizar esfuerzos con el brazo afectado								
E- la técnica de drenaje linfático manual es				E- Utiliza venda o guante elástico cuando lo necesita								
E- las posibilidades de reconstrucción mamaria es				E- Se protege con guantes en la realización de las actividades domésticas								
				E- Evita prácticas de riesgo (manicura, depilación, manipulación de sustancias o productos agresivos)								