



VNiVERSIDAD D SALAMANCA

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Grado en Enfermería**

**Trabajo Fin de Grado
Trabajo de revisión bibliográfica sistemática**

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Alumna: Beatriz Martín Maestre

Profesor tutor: Raúl López Jiménez

Salamanca, abril 2021

*Gracias a la Facultad de Enfermería y Fisioterapia por
haberme ayudado a descubrir mi verdadera vocación.*

*A mi tutor, Raúl López Jiménez por su dedicación, motivándome a ser una mejor
enfermera.*

Gracias a mi familia por apoyarme en todo momento y ser mis referentes.

ÍNDICE

Índice de Abreviaturas	0
1. Resumen.....	1
2. Introducción	2
2.1. Etiología del Cáncer de Mama.....	3
2.2. Factores de Riesgo	3
3. Objetivos	5
4. Estrategia de búsqueda y selección de estudios	6
4.1. Estrategia de búsqueda.....	6
4.2. Criterios de inclusión y exclusión	6
4.3. Resultados de la búsqueda	7
5. Síntesis y análisis de los resultados.....	9
5.1. Objetivo Principal: Alteraciones psicológicas	9
5.2. Objetivo Específico 1: Estrategias de afrontamiento	12
5.3. Objetivo Específico 2: Afectación de la autoestima y la imagen corporal.....	14
5.4. Objetivo Específico 3: Apoyo familiar	16
6. Discusión.....	18
7. Conclusión	21
8. Bibliografía	22
9. Anexos	26
9.1. Escala HADS	26
9.2. Escala QLQ-BR23	27
9.3. Escala QLQ-C30.....	28

Índice de Abreviaturas

- BSI: Body Scale Inventory
- FCS: Family Communication Scale
- FSFI: Índice de la Función Sexual Femenina
- HADS: Hospital Anxiety and Depresión Scale
- MAC: Escala de Afrontamiento del Cáncer
- QLQ-BR23: Cuestionario Calidad de Vida para Cáncer de Mama
- QLQ-C30: Escala de Calidad de Vida para Cáncer
- RSES/EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg
- STAI: State-Trait Anxiety Inventory/Self Evaluation Questionnaire

1. Resumen

El cáncer es una enfermedad prominente en nuestra sociedad, y a la vez muy estigmatizada; a menudo se asocia cáncer con muerte. Pese a ello, los tratamientos actuales son cada vez más específicos, con menos efectos secundarios y con mayor efectividad.

Ser diagnosticado con una enfermedad de estas características provoca un impacto inmediato en aquellas personas que la sufren y la manera en la que evolucionan emocionalmente tras este primer momento depende de diversos factores como son el apoyo social y las capacidades personales de cada paciente.

En concreto, el cáncer de mama es una de las enfermedades que más afecta a las mujeres, siendo la principal causa de muerte en nuestro país; debido a ello, como profesionales sanitarios debemos estar preparados para atender a este tipo de pacientes sin descuidar ninguna de las necesidades que precisen, incluyendo la salud mental. No solo es que las pacientes deban dejar en pausa sus vidas, sino que muchos tratamientos provocan cambios físicos que afectan a la autoestima y al bienestar emocional de aquellas que las sufren; las cirugías empleadas para acabar con estos tumores en algunos casos pueden suponer la mutilación de una parte del cuerpo y una huella perpetua de la enfermedad.

En el siguiente trabajo veremos cuáles son las principales consecuencias psicológicas que experimentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, así como las estrategias de afrontamiento y la importancia del entorno social que las rodea.

Palabras Clave

Alteraciones psicológicas, ansiedad, autoestima, cáncer de mama, depresión, estrategias de afrontamiento.

2. Introducción

En la actualidad, el cáncer de mama representa el tipo de tumor que con mayor frecuencia afecta a las mujeres en España, y la segunda causa más frecuente de mortalidad tras las enfermedades cardiovasculares. Afecta a las mujeres de cualquier edad, aumentando la incidencia a partir de los 45 años. (1)

Según el INE, entre enero y mayo del año 2020 murieron en el territorio nacional 2.832 personas de esta enfermedad, de las cuales 2.805 eran mujeres. (2) Según otras fuentes, en España mueren alrededor de 5.000 personas al año y se diagnostican unos 25.000 casos anuales.

De acuerdo con los datos publicados anualmente por la Sociedad Española de Oncología Médica, se prevé que para 2021 se diagnostiquen 33.375 nuevos casos de cáncer de mama en nuestro país. (3)

Pese a los avances, la incidencia de cáncer de mama en nuestro país ha aumentado en los últimos años, debido a factores de riesgo asociados a esta enfermedad que se dan en países desarrollados. Por lo tanto, estamos hablando de un problema de gran magnitud. Afortunadamente, la tendencia de la mortalidad ha descendido en los últimos años (entorno a los años 90 empezó este descenso) debido a los avances en los tratamientos y sobre todo por los programas de cribado mamográfico destinados a la detección precoz de los mismos que se lleva a cabo en España. Este cribado abarca a una población objetivo en la que se encuentran las mujeres de entre 50 y 69 años. (1)(4)

Como todas las enfermedades, el cáncer de mama debe ser analizado desde la perspectiva bio-psico-social que compone al ser humano. El cáncer afecta tanto al paciente como a su entorno y a todas las esferas de la vida de la persona. (5)

Además del dolor y padecimiento físico, al cáncer de mama le acompaña el sufrimiento emocional y la incertidumbre. Los cambios físicos resultan muy visibles provocando un fuerte impacto en quienes los sufren; desde la pérdida de cabello, pasando por el agotamiento físico y llegando en ocasiones a la cirugía radical que mutila una parte del cuerpo.

Diversos estudios señalan que el afrontamiento emocional que las pacientes presentan pasado un año del diagnóstico es mayor que en un primer momento; así como que las

mujeres sanas tienen una concepción peor de los acontecimientos negativos que se experimentan que las mujeres no sanas. (5)

Más aún, diversos estudios señalan que los tumores de mama en aquellas mujeres por debajo de los 40 años suelen ser más agresivos y con peor pronóstico de supervivencia. Además, señalan que las pacientes jóvenes suelen tener más problemas a la hora de afrontar la ansiedad y el aislamiento social, así como mayores disfunciones de su imagen corporal y su autoestima. (6)

Pese a los estudios que demuestran la alta relación entre la depresión y el cáncer, aún es difícil diagnosticar correctamente a estas pacientes ya que muchas veces es complicado determinar si los síntomas que sufren son debidos a los efectos de los tratamientos para el cáncer o se trata de una depresión. (7)

2.1. Etiología del Cáncer de Mama

Esta patología se podría definir como la proliferación descontrolada de células tumorales en el epitelio glandular; desde aquí pueden llegar a diseminarse a cualquier otra parte del cuerpo (metástasis) a través del sistema linfático o de la sangre. (4)

El cáncer de mama se puede entender como un conjunto de enfermedades de la misma familia con 4 tipos moleculares diferenciados: Tumores hormonodependientes o luminales A o B; tumores con amplificación del oncogén HER2 y tumores triple negativos. (8)

2.2. Factores de Riesgo

Según la *American Cancer Society* un factor de riesgo es todo aquello que aumenta las posibilidades de tener una patología. (9)

- **Sexo:** El principal factor de riesgo para padecer cáncer de mama es pertenecer al sexo femenino. Según un estudio de la *American Cancer Society* realizado en 2017 se estimó que las mujeres tienen 100 veces más de probabilidad de desarrollar y morir por cáncer de mama que los hombres.

- **Edad:** Se ha demostrado que la edad es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama. A medida que la persona se hace más mayor aumentan sus probabilidades. Según el ECIS (*European Cancer Information System*) para el 2020 se estima que el 54% de los nuevos casos de cáncer de mama en Europa se darán en mujeres de 45-69 años y el 88% de mujeres a partir de 45 años en adelante.
- **Historia personal de cáncer de mama invasivo o enfermedad proliferativa benigna de mama y familiar de primer grado con cáncer de mama.**
- **Mutación genética:** En especial de los genes **BRCA 1 y BRCA 2**; se estima que entorno al 5-10% de los cánceres de mama se deben a una mutación genética.
- **Exposición prolongada a estrógenos:** Aplicado tanto a las mujeres que comenzaron a menstruar a una edad temprana (antes de los 12 años) como a aquellas que comenzaron con la menopausia más tarde (después de los 55 años). También se señala el riesgo en mujeres nulíparas.
- **Exposición a radiación:** Recibir radiación en la zona del pecho hace que aumente el riesgo de desarrollar cáncer de mama, sobre todo, si esta radiación se da en edades tempranas y en la pubertad cuando las mamas aún no están desarrolladas.
- **Terapia hormonal sustitutiva y uso combinado de estrógenos y progesterona después de la menopausia.**
- **Alcohol:** Se ha visto asociado el consumo de alcohol con el cáncer de mama, aunque la evidencia no es tan fuerte como en otros factores de riesgo.
- **Obesidad:** Especialmente si se da durante la menopausia. La obesidad ha aumentado considerablemente en las mujeres, especialmente las de clase baja, durante los últimos años.

3. Objetivos

Objetivo General

- Conocer la prevalencia de patologías psicológicas en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

Objetivos Específicos

- Averiguar cuáles son las estrategias de afrontamiento que desarrollan las pacientes ante esta patología.
- Conocer el alcance del impacto en la autoestima y la imagen corporal de las pacientes con cáncer de mama.
- Determinar la importancia del entorno familiar y como este se ve afectado por la enfermedad.

4. Estrategia de búsqueda y selección de estudios

4.1. Estrategia de búsqueda

Para la realización de este trabajo he realizado una revisión bibliográfica sistemática para obtener información sobre el impacto emocional que sufren las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama; los cambios que se producen en la autoestima de la paciente y en su vida familiar.

He utilizado bases de datos científicas de Internet, tales como: *PubMed*, *Dialnet*, *Scielo*; así como los recursos disponibles en la biblioteca de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia y en *Google Académico*. Algunos de los artículos encontrados que se adecuan a los criterios de inclusión los he encontrado a través de las referencias bibliográficas de otros estudios seleccionados.

4.2. Criterios de inclusión y exclusión

A la hora de seleccionar los artículos o estudios más adecuados a la información que pretendo conseguir he utilizado los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Texto en español o inglés
- Estudios basados en mujeres con cáncer de mama en España
- Trabajos que reflejan datos sobre patologías psiquiátricas o psicológicas en estas pacientes
- Artículos publicados entre el año 2010 y la actualidad

Criterios de exclusión

- Artículos para los que no tenía acceso completo al texto
- Texto en idiomas diferentes al español e inglés
- Artículos anteriores al año 2010
- Estudios que no reflejan datos que cumplan los objetivos propuestos para este trabajo
- Trabajos no realizados sobre mujeres en España

4.3. Resultados de la búsqueda

Conforme a los criterios anteriormente citados, he realizado la selección de los artículos de la siguiente manera:

En la base de datos *Scielo* con las palabras clave “cáncer de mama” y “depresión”, con el filtro de que fueran artículos de España han aparecido 8 artículos de los cuáles han resultado de mi interés para este trabajo 2. Con “cáncer de mama” y “ansiedad” de 5 artículos he seleccionado 1. Con las palabras “cáncer de mama” y “enfrentamiento”, de nuevo con artículos de España, había 6 artículos y he seleccionado 3 de ellos.

La siguiente base de datos de Internet que he utilizado ha sido *Dialnet*, en la que he encontrado la mayor parte de los artículos seleccionados para este trabajo.

Utilizando las palabras clave “cáncer de mama” y “depresión”, de los 135 artículos mostrados he utilizado un total de 9 artículos. Con la palabra “ansiedad” de 146 artículos he considerado útiles 3 (en algunos casos los artículos se repetían por lo que solo los he contado en uno de los apartados). Utilizando de nuevo la palabra clave “enfrentamiento” he añadido 1 artículo. También, he buscado “cáncer de mama” con otros conceptos como “autoestima”, “cambios psicológicos” y “familia”; para tener información que cumpliera los objetivos específicos pactados en este trabajo.

De esta manera he podido añadir 5 artículos de “autoestima” (de 43 mostrados), 3 artículos de “cambios psicológicos” (de 52) y 4 de “familia” (de 403).

En *Google Académico* he seleccionado 2 artículos de interés para el trabajo, utilizando combinaciones de las palabras clave empleadas en las otras bases de datos; en este caso los he encontrado al buscar conjuntamente “cáncer de mama” y “ansiedad”.

En *PubMed*, la búsqueda se debe hacer con los términos traducidos al inglés; en este caso “breast cancer”, “depression” y “psychological changes”; encontrando otros 2 artículos para utilizar como referencia.

En la página *Cielo*, para préstamos de libros de la Biblioteca de Enfermería y Fisioterapia, he encontrado un libro que me ha resultado de utilidad para el siguiente trabajo.

Tras esta primera búsqueda superficial, he leído con detenimiento los distintos artículos y tesis, haciendo una criba de estos y pasando de un total de 36 documentos a 22, que se ajustaban más acordemente a los criterios de inclusión y los objetivos propuestos para este trabajo.

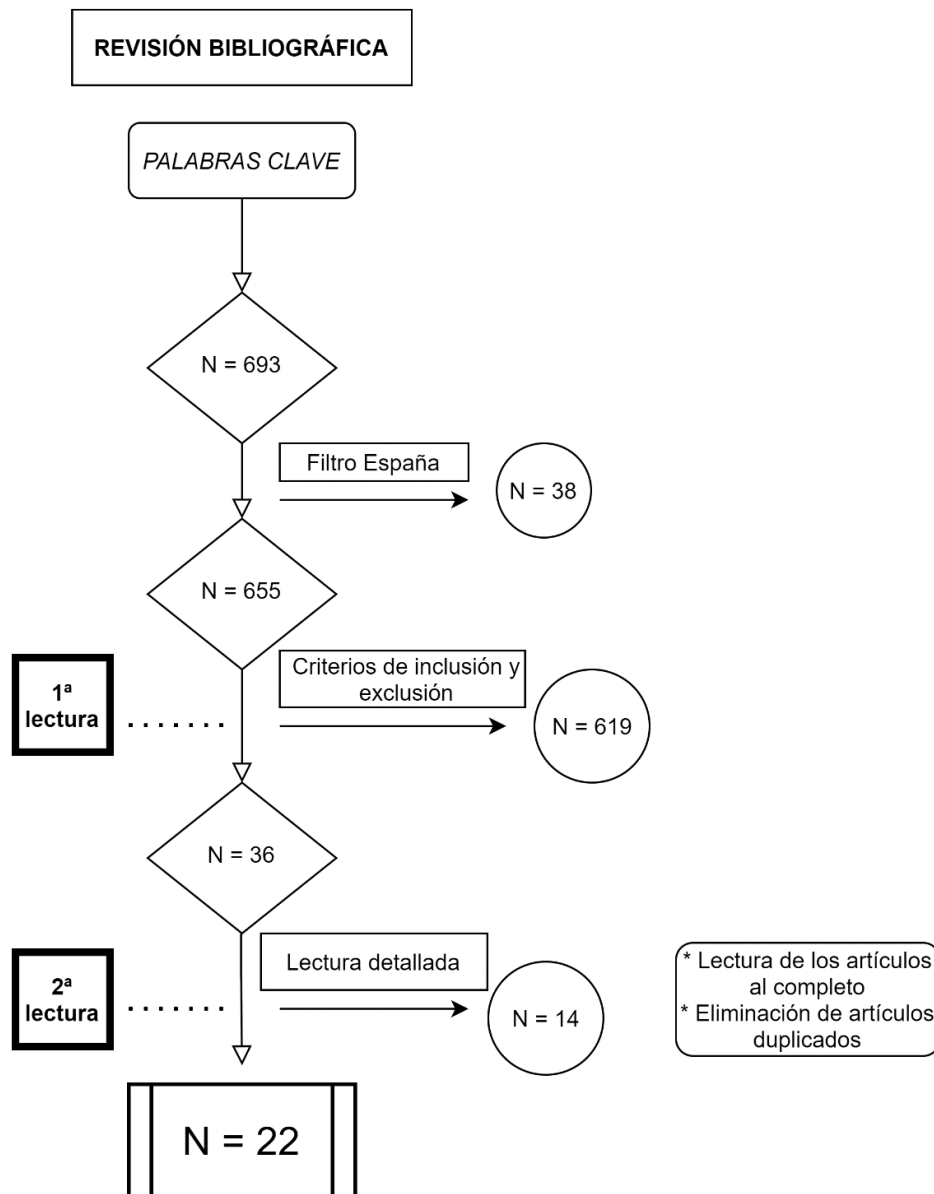


Figura 1. Algoritmo de búsqueda de artículos

5. Síntesis y análisis de los resultados

5.1. Objetivo Principal: Alteraciones psicológicas

En el artículo *Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria*, realizado por investigadores de la Universidad de Sevilla sobre 72 mujeres con cáncer de mama del H.U. Virgen Macarena de Sevilla, se reflejan las diferencias que se pueden observar entre mujeres con mastectomía y aquellas que han sido intervenidas para la reconstrucción de la mama; 36 pacientes en cada grupo con homogeneidad en las variables sociodemográficas estudiadas. A grandes rasgos, se pudo observar que las pacientes con reconstrucción mamaria reflejan menores secuelas psicológicas que aquellas con mastectomía, así como que perciben una mejor calidad de vida. Se emplearon la escala HAD, la escala MAC y Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de la EORTC (QLQ-C30). Las pacientes mastectomizadas obtuvieron mayores puntuaciones en los apartados de ansiedad, depresión y en sintomatología ansiosa-depresiva. Dentro del grupo de mastectomías, no se observan diferencias tan significativas de estos padecimientos entre las cirugías de mastectomía simples y radicales. Sin embargo, las pacientes con cirugía simple reflejan menos dificultades para realizar actividades físicas que requieran cierto esfuerzo físico, por lo que su calidad de vida se ve menos afectada. Tampoco se observan diferencias entre aquellas pacientes que se han reconstituido la mama de manera inmediata y diferida. Según este estudio, a medida que pasa más tiempo desde la última cirugía de estas pacientes se reduce la ansiedad y aumentan las puntuaciones con respecto a una mejor calidad de vida. (10)

Según el trabajo *Apego y bienestar en mujeres en proceso de tratamiento del cáncer de mama*, realizado a 58 pacientes del H.U. Central de Asturias, se llegó a la conclusión de que a medida que aumenta la aparición de síntomas, tanto relacionados con la enfermedad como con el propio tratamiento, y disminuye el nivel de funcionalidad de la mujer se ve afectada la puntuación global del bienestar referido. Se emplearon algunos instrumentos como la Escala de Afectos Positivos y Negativos; el Índice de Bienestar psicológico o el EORTC-QLQ, entre otros. Basados en los datos obtenidos, no resulta relevante a la hora de predecir el bienestar emocional de las pacientes el hecho de sentirse incapacitadas para realizar las actividades del día a día pero sí que se ven afectadas por la aparición de síntomas físicos, lo cual se percibe como una

amenaza. Para estos autores, conseguir una mayor autonomía de la paciente, con respecto a la atención sanitaria que recibe, pasa por realizar intervenciones enfocadas a mejorar su bienestar emocional. (11)

El artículo *Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama* analizado en la presente revisión, detalla que hasta un 35% de las pacientes con cáncer de mama tienen algún tipo de trastorno psicológico que resulta incapacitante incluso uno vez terminado su tratamiento; se detalla que la aparición de ansiedad y de depresión se da en un 55% y 45% de los casos, respectivamente; los cuales varían según la etapa de la enfermedad en la que se encuentran. Un alto número de pacientes con estas patologías requiere de atención por parte de un profesional e incluso de medicación ansiolítica. Todas estas secuelas psíquicas que deja en la mujer el cáncer limitan su regreso a su vida anterior. El proceso que engloba recibir el diagnóstico, cumplir el tratamiento y sus etapas, lleva a las mujeres a atravesar un proceso de adaptación que puede generar niveles de distrés emocional que sin la asistencia adecuada desembocarían en una enfermedad mental superior. En base a este artículo los trastornos psicológicos aparecen cuando está llegando el final de la enfermedad. La ansiedad que experimentan las pacientes se amplía con el padecimiento de dolor físico y la incertidumbre que conlleva la realización de pruebas diagnósticas que precisan de un tiempo de espera hasta la confirmación del resultado; e incluso, una vez finalizado todo el proceso de la enfermedad puede sobrevenirle a estas pacientes ansiedad por la situación de tener que retomar su vida anterior al diagnóstico. Según este artículo, algunos de los problemas a la hora de hacer un abordaje correcto de la situación son subestimar los síntomas y priorizar el tratamiento oncológico sobre el resto, así como carecer de protocolos específicos de actuación. (12)

Una tesis doctoral elaborada en la Universidad de Valencia titulada *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama* realizó un estudio empírico con una muestra de 131 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama; con los criterios de inclusión de llevar más de un año con la enfermedad y haber pasado por quirófano. La base de obtención de los datos se basó en una entrevista inicial en la que se pide a la paciente que se auto evalúe en una serie de ítems y las escalas HADS, BSI, FSFI y RSES, entre otras.

En este estudio se establece que la puntuación media de la depresión en los grupos de mujeres con mastectomía se encuentra dentro del rango de la normalidad establecido por la escala HADS; tan solo el 24,4% de las pacientes entra dentro del rango patológico. Dentro del análisis de los niveles de ansiedad, el 45,8% de las participantes puntuaban dentro del rango patológico. Con los datos obtenidos de este estudio no se puede afirmar que exista relación entre la edad y la aparición de niveles más altos de ansiedad, como se puede observar en otras fuentes. También se han obtenido datos significativos que establecen que las pacientes sufren menor malestar general si tienen un mayor conocimiento e información sobre su sintomatología; esta misma interpretación se obtiene entre la relación de la depresión y la información sobre la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento; a mayor entendimiento de su situación, menores niveles de depresión. No así con la ansiedad, sobre la cual no se han podido obtener datos tan significativos a nivel estadístico. (13)

Otra tesis consultada fue *Cuidando a las mujeres con cáncer de mama: El afrontamiento como predictor de la calidad de vida*; en ella se establece como una de sus conclusiones un 20% de las mujeres obtienen unas puntuaciones en depresión más altas que la población general y el porcentaje se eleva hasta el 34% si hablamos de la ansiedad. (5)

En un estudio elaborado por el H.C. San Carlos de Madrid, *Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica*, a una muestra de 438 pacientes sometidas a alguna intervención quirúrgica por cáncer de mama, empleando instrumentos tales como las escalas HADS, QLQ-C30, QLQ-BR23, BIS (mencionadas anteriormente); casi la mitad de las mujeres entrevistadas, concretamente el 42,2%, refieren haber tenido algún tipo de padecimiento psicológico previo a la intervención, destacando especialmente haber presentado ansiedad y trastornos del estado de ánimo en un 15,5% cada una. Desglosando por tipo de intervención, aquellas pacientes con cirugía reparadora y profiláctica obtuvieron niveles de ansiedad superiores en la fase previa que en la postquirúrgica y además niveles por encima de la normalidad en el factor depresión; comparadas con el grupo de cirugía radical/conservadora, estas últimas obtienen puntuaciones más bajas en ansiedad. Un 26,3% además comentan que han tenido que recibir tratamiento farmacológico para gestionar la situación. Posterior a la cirugía, las puntuaciones en ansiedad y depresión son elevadas en todos los subgrupos de intervenciones; los niveles de ansiedad son mayores tras la

mastectomía radical, seguida de las intervenciones profilácticas y reparadoras, que en cirugías conservadoras. (14)

Según F. García-Torres et al. en una investigación realizada a 10 mujeres del H.U. Reina Sofía que habían terminado su tratamiento para el cáncer de mama, comparando sus resultados de ansiedad con un grupo control de 10 mujeres de la población general. Se obtuvieron niveles de ansiedad superiores en los tres sistemas de ansiedad estudiados en las supervivientes del cáncer, frente a los niveles referidos por las mujeres del grupo control. También se comenta en este artículo la necesidad de estudiar a fondo los mecanismos de respuesta de estas mujeres para configurar intervenciones específicas que ayuden a paliar los síntomas. (15)

Otra tesis doctoral consultada ha sido la de *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama*, con una muestra de 339 mujeres de A Coruña con diagnóstico de cáncer de mama, ha empleado el cuestionario STAI para medir la ansiedad en estas pacientes (puntuación 0-60, mayor puntuación implica mayor nivel de ansiedad). Realiza una dicotomía entre ansiedad rasgo y ansiedad estado; de esta manera obtiene resultados que en el diagnóstico casi la mitad de las mujeres (48,6%) presentaban ansiedad estado a niveles severos, siendo solo el 18,2% las que tenían ansiedad rasgo, señalando que a mayor juventud más probabilidad de tener niveles altos de ansiedad estado. También analiza y compara la ansiedad estado y rasgo al finalizar el tratamiento concluyendo que la ansiedad disminuye una vez finalizado el tratamiento (la ansiedad estado pasa de un 50% a un 19%). (16)

En el artículo *Anxiety and depression in women with breast cancer: Social and clinical determinants and influence of the social network and social support*, con un tamaño muestral de 2235 mujeres en diferentes etapas de su cáncer de mama, se describe que las pacientes jóvenes tienen más probabilidad de sufrir ansiedad y sin embargo menos de sufrir depresión en comparación con las pacientes de más de 50 años. (17)

5.2. Objetivo Específico 1: Estrategias de afrontamiento

Dentro de la tesis anteriormente citada, de M^a Sheila Pintado Cucarella, se ha analizado la relación entre los componentes “Ansiedad”- “Depresión” y la forma en la que las mujeres con cáncer ven la enfermedad; se ha comprobado que en aquellas mujeres que analizan la experiencia del cáncer como un punto de inflexión en sus

vidas, que les ha permitido focalizarse en cosas a las que antes no daban tanta importancia, presentan unos niveles de alteraciones psicológicas que se podrían incluir en el rango de normalidad. Por lo tanto, en contraposición se ha observado que aquellas que puntuaban en rangos patológicos analizaban la situación como una vivencia dolorosa y que no les había aportado nada. (13)

Según M. Joaquín Mingorance et al., en un estudio realizado en el Hospital Juan Ramón Jiménez a 121 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (aplicando las escalas de Rosenberg Self-esteem scale y cope-28 scale en sus versiones en español), para analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan estas mujeres, se concluye que la máxima puntuación la obtiene el afrontamiento activo como estrategia para sobrellevar la situación, y la que resulta menos empleada es el uso de sustancias ilegales. Se establece que la autoestima de la mujer se ve relacionada con sus estrategias de afrontamiento. En esta caso concreto se relaciona el tener una alta autoestima con utilizar estrategias activas de afrontamiento ante la enfermedad, estrategias más adaptativas y utilizando más el apoyo social; además de que tener una autoestima alta resulta en este trabajo sinónimo de aceptar con más facilidad el proceso de la situación. Por el contrario, aquellas con la autoestima más baja son más propensas a utilizar estrategias de negación y auto culpase por estar en la posición en la que están. El grupo de edad entre 46 y 52 años son las que más utilizan las estrategias de afrontamiento activo y el sentido del humor; el grupo de mediana edad. (18)

Otro artículo empleado en este trabajo ha sido *Resiliencia como predictora de depresión en mujeres con cáncer de mama*, basado en un estudio comparativo de 110 mujeres (el 40.9% con cáncer de mama y el resto pertenecientes a la población general). Utiliza las escalas de HADS y la de resiliencia para analizar estas variables. Se obtienen datos estadísticamente significativos que determinan que las mujeres con cáncer, a pesar de la situación, desarrollan mayores niveles de resiliencia (respecto al grupo de mujeres al que se compara) y que ésta actúa como protección ante la depresión. Además, se concluye, que aquellas mujeres que desarrollan más resiliencia enfrentan la enfermedad como un proceso para fortalecerse y fomentar su crecimiento personal, así como afrontar las crisis y problemas de manera más efectiva. (19)

Descrito por Font Guiteras A, et al., con una muestra de 70 mujeres con metástasis y sin ella a las que se les realiza el Test Mini MAC, se clasifica a las mujeres según los

tipos de afrontamiento que emplean. Destacando: el afrontamiento tipo preocupación ansiosa se correlaciona con peor calidad de vida, la evitación cognitiva da lugar a mayores problemas familiares y sociales, el fatalismo se relacionó con la preocupación por los hijos y el espíritu de lucha aquí se relaciona con mayor dificultad para el autocuidado y el afrontamiento de las actividades cotidianas pero con mayor calidad de vida. (20)

En la tesis analizada de M. Bueno Ferrán se observó que el espíritu de lucha fue el mecanismo de ajuste más empleado a lo largo del tiempo, que además predice mayor calidad de vida. En el momento del diagnóstico el afrontamiento que se da es el de desamparo, a partir de este punto comienza el repunte del espíritu de lucha que tiende a disminuir al año del diagnóstico. (5)

5.3. Objetivo Específico 2: Afectación de la autoestima y la imagen corporal

En la tesis doctoral de M^a S. Pintado Cucarella se refleja que la imagen corporal, con la escala (BIS) puntuada de 0-30 de manera que una mayor puntuación implica una mayor afectación, se ve dañada cuando la mujer se somete a algún tipo de intervención quirúrgica relacionada con sus mamas; se obtienen unos resultados de 4,27 y de 14,22 en las mujeres con cirugía conservadora y mastectomía radical, respectivamente. En la medida de la afectación de la autoestima se obtuvieron para los dos grupos de mujeres con cirugía puntuaciones integradas dentro del rango de la normalidad, aunque también se observa que la autoestima se ve más protegida en las cirugías conservadoras en comparación con la cirugía radical. Se han obtenido datos significativos que prueban que si las pacientes tienen afectada su imagen corporal y presentan una autoestima baja son más propensas a desarrollar ansiedad y depresión a lo largo de su enfermedad. (13)

En el artículo de María Eugenia Olivares et al. se observa que posterior a la cirugía, en intervenciones reparadoras y profilácticas no se obtienen problemas relacionados con la imagen corporal, y si se obtienen dificultades en este aspecto estudiado en las mujeres con cirugía radical. (14)

Otro documento de interés para esta revisión bibliográfica ha sido *Análisis de la experiencia subjetiva en mujeres con cáncer de mama* donde se realizaron una serie de entrevistas grupales a 6 pacientes con cáncer de mama en los que se permitió a las

participantes comentar sus experiencias en temas como: la imagen corporal (todas refieren dificultades para sobreponerse a su nueva apariencia, denominando la cirugía radical como una mutilación), y la sexualidad (refieren desinformación e infravaloración del problema). (21)

En un estudio de metodología mixta, *Comunicación intra-familiar y cáncer de mama*, con 12 pacientes se analizó el impacto del cáncer en la familia, empleando la escala FCS. Como resultados principales cabe destacar que la comunicación intrafamiliar es más compleja con hijos menores de 15 años, siendo especialmente negativo el momento de transmitir el diagnóstico. (22)

Otro estudio cualitativo realizado por Rafaela Blanco Sánchez refleja testimonios de 29 mujeres con cáncer de mama que transmiten el impacto en su autopercepción corporal, su autoestima, la disminución de su vida sexual por problemas de aceptación personal. (23)

Rodríguez-Reinado et al. en su investigación refleja a través de los testimonios de las mujeres entrevistadas que ante la cirugía los sentimientos que expresan son negativos y a menudo refieren la experiencia como de “pérdida”. Los principales problemas físicos vienen centrados en las mamas y secundariamente en la pérdida de cabello. Casi la totalidad de las mujeres encuestadas en la optan por la reconstrucción mamaria tras la mastectomía, muchas no aceptan verse sin una parte de su anatomía. Pese a ello, no todas las pacientes se sienten completamente conformes con los resultados de la operación de implante ya que siguen sin sentirlo como propio. (24)

En el estudio *Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama*, de la Universidad de Sevilla, se realiza una comparativa entre pacientes mastectomizadas y no; utilizando escalas y cuestionarios como EAR, QLQ-BR23, dando como resultado que las mujeres con reconstitución tenían más nivel de autoestima y estaban más complacidas con el resultado de la intervención. (25)

En un informe elaborado por Marta Segura-Valverde et al. se obtienen datos de menor nivel de autoestima en las mujeres con mastectomía con respecto a la población general de control, pero los datos no son tan estadísticamente significativos con respecto a las diferencias encontradas en el aspecto “imagen corporal” entre las pacientes con mastectomía radical y conservadora. (26)

Según el trabajo *Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer*, sobre el impacto del cáncer de mama y la sexualidad en las mujeres cabe señalar, siendo una muestra relativamente grande de 514 mujeres encuestadas, que el 91,2% de las participantes refirió presentar disfunción sexual después del cáncer con respecto al 33% que la tenía desde antes; siendo los mayores problemas el dolor a la penetración (50,6%), problemas con la lubricación, con el deseo y con la excitación (50.6, 44.6, 44.6, respectivamente). (27)

5.4. Objetivo Específico 3: Apoyo familiar

En el estudio mencionado con anterioridad, de Yolanda Alonso et al., realizado en el H.U.C. de Asturias se ha visto reflejado en las distintas escalas utilizadas la importancia para las mujeres con cáncer de mama del apego. En este artículo se muestra que el componente estudiado “Temor al rechazo y al abandono” está significativamente relacionado con el bienestar emocional de las pacientes. En el orden en que perciben que sus relaciones interpersonales pueden verse afectadas, aumentan las emociones negativas y disminuyen las emociones positivas. Añadido en este artículo se hace referencia a que las personas que tienen mayor apoyo de su entorno y tienen menor miedo a ser rechazadas son más propensas a no desarrollar síntomas negativos, como la ansiedad y la depresión. Se ve probado en este estudio que favorecer la mejora de las relaciones con los que rodean a la paciente se relaciona con un aumento de la eficacia del tratamiento. Un entorno más cohesionado ayudará a la paciente a conseguir afrontar los conflictos diarios que se le presenten y que son los causantes de una disminución del bienestar en ella. (11)

Dentro de los miedos más comunes en las paciente con cáncer de mama aparece el miedo a perder la pareja, según los datos obtenidos por José Manuel Vicente Pardo y Araceli López-Guillén García en su investigación. (12)

Se han obtenido datos significativamente relevantes a nivel estadístico en la tesis *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama*, que demuestran que existe relación negativa entre la satisfacción con la pareja y los niveles de ansiedad y depresión. Esta misma relación se establece al igual que con la pareja, con el resto de familiares y personas del entorno cercano de la paciente con respecto a la depresión, no así con la ansiedad. (13)

Se defiende en la tesis *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama* que el hecho de que la mujer esté casada o que viva con su pareja implica una predicción de niveles de ansiedad más altos que aquellas que estaban solteras, presumiblemente porque la preocupación por la pareja y a menudo hijos resulta un factor añadido de estrés para la paciente. (16)

Según R. Puigpinós-Riera et al. se muestran relaciones significativas entre vivir en soledad y sin apoyo social y mayores niveles de riesgo de sufrir depresión; por el contrario vivir sola se muestra con menores probabilidades de desarrollar ansiedad. (17)

En el trabajo de Catalina Falo Zamora et al. se estudia un grupo de 45 mujeres a través de cuestionarios QLQ-C30 y QLQ-BR23, entre otros. En la muestra se observa que, a pesar de ser importante el apoyo familiar, muchas de las mujeres prefieren no compartir sus sentimientos con sus seres más cercanos por no recibir el apoyo que esperan; algunas refieren que dentro del grupo de terapia encuentran una mejor base de apoyo para sus momentos de crisis por mejor entendimiento de la situación. (28)

Del libro *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer* de Juan A. Cruzado Rodríguez, se pueden extraer como ideas principales que el apoyo es fundamental para un mejor avance de estas pacientes durante la enfermedad, que los hijos y pareja de la paciente también sufren niveles de desajuste emocional elevados, recibiendo en muchos casos nula asistencia por parte de profesionales relacionados con la salud mental. (29)

6. Discusión

En los artículos (5)(10)(11)(12)(13)(14)(15) se refleja que las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama experimentan a lo largo de su enfermedad trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión, estrés o trastornos adaptativos. En el artículo (12) se habla de que la horquilla del porcentaje de trastornos psicológicos es muy amplia en las distintas fuentes consultadas, pero hay consenso en que aparecen sus síntomas en un número muy elevado de casos. En las referencias (13)(19) los datos obtenidos de depresión media no se salen del rango de la normalidad ni alcanzan niveles patológicos, en la mayoría de las pacientes estudiadas; sin embargo sí que concuerda con otros estudios en determinar que la ansiedad se ve incrementada y los niveles de depresión sí que son superiores en comparación con los de la población general.

Según el artículo (13) las mujeres de mayor edad presentan más nivel de depresión que las jóvenes; aunque difiere de la literatura consultada, se podría justificar por tamaño muestral limitado en cuanto al rango de edad. Sin embargo, en los textos (16) y (17) se contraponen esta idea refiriendo que las pacientes más jóvenes suelen desarrollar mayor ansiedad.

Tanto en el trabajo (10) como en el (13) las mujeres con mastectomía radical obtienen mayores puntuaciones en las escalas de medición de la depresión con respecto a otro tipo de cirugías. De nuevo en el (10) y en el (14) se habla también de niveles más altos de ansiedad pero en el (13) los datos obtenidos no permiten establecer esa relación de forma tan evidente comparando los grupos de cirugía conservadora y cirugía radical.

Según los artículos (13)(14)(21)(23)(25)(26), la imagen corporal se altera en mayor medida en caso de cirugía radical, afectando la feminidad, la autopercepción del cuerpo propio; lo mismo pasa con la autoestima. Pese a que muchas mujeres optan por la reconstrucción mamaria no todas acaban completamente conformes con el aspecto final de sus mamas, como se comenta en el artículo (24).

En el artículo (11) se habla de cómo la ausencia de problemas económicos es un factor predictor para la presencia de afecto positivo en las pacientes con cáncer de mama. En la referencia (12) se habla de cómo los problemas psíquicos retrasan y hasta incapacitan a la mujer para retornar a su anterior puesto de trabajo. En los trabajos (16)

y (17) también se obtienen datos que corroboran que la pérdida o parón en el trabajo y los problemas económicos que acaecen a la mujer en la enfermedad suponen datos añadidos de estrés y desencadenantes de la ansiedad. En el trabajo [28] se habla de cómo mantener el trabajo ayuda a estas pacientes a distraerse y seguirse sintiendo ellas mismas.

Tanto el artículo (10) como el (12) describen que los procesos psicológicos por los que pasan las pacientes con cáncer de mama varían a lo largo del proceso patológico. En el (12) se habla de que aparecen coincidiendo con la fase de curación, cuando se dejan atrás las preocupaciones vitales y aparece el temor a los efectos secundarios de los procesos que ha atravesado; lo que coincide con (15) que refleja niveles de ansiedad superiores a la población general en las supervivientes del cáncer de mama. Por otra parte, en el (16) se reflejan datos que cercioran que la ansiedad como estado va disminuyendo desde el momento del diagnóstico hasta el momento de terminar el tratamiento. La tesis (5) también apoya que las estrategias de afrontamiento varían con el paso del tiempo y según el momento de la enfermedad en la que se encuentran.

En los artículos (5)(11)(12)(15)(21) se argumenta la necesidad de intervenciones concretas y abordaje por parte de la psicooncología para reducir la probabilidad y los efectos de los trastornos psicológicos de las pacientes con cáncer de mama antes de que estos deriven completamente en procesos irreversibles; así como que un mejor manejo de las patologías psíquicas favorece la adherencia a la terapia. En el artículo (18) se establece una conclusión similar que apoya esta idea; se señala que conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres con cáncer de mama también ayuda a desarrollar las intervenciones psicológicas que llevan una mejora de su calidad de vida.

Desarrollado en los trabajos de investigación (11)(12)(13)(21)(22)(29), se habla de la importancia del apoyo en el entorno para que la mujer avance a través de las diferentes etapas de la enfermedad; sobre todo de la pareja (22)(23). En los artículos (13) y (23) se determina que la cirugía radical implica menor satisfacción con la pareja. La referencia (21) concluye que los problemas de imagen corporal interfieren en las relaciones personales de estas mujeres. En los artículos (16) y (17) se reporta que el hecho de tener pareja estable o estar casada supone un factor predisponente para desarrollar un mayor grado de ansiedad por la preocupación que añade el tener que

pensar en como se verán afectadas las relaciones familiares por la enfermedad, y vivir sola por el contrario se asocia con niveles más bajos de ansiedad. En los textos (28)(29) se habla de que tener hijos a veces complica la situación ya que añade una presión añadida a las mujeres con cáncer y no siempre se recibe el apoyo esperado por parte del entorno, lo que dificulta que la mujer exprese correctamente sus emociones.

En la tesis (13) se determina que a la hora de afrontar la enfermedad, enfrentarse a ella desde un punto de vista de experiencia y aprendizaje da lugar a menores niveles de patologías psicológicas. En cuanto a la edad, relacionado con la manera de enfrentarse a la situación, se determina en el artículo (18) que el grupo de mujeres de mediana edad (46-52 años) son las que emplean estrategias de afrontamiento activo.

En los trabajos (18)(20) y (28) se determina que un afrontamiento activo conlleva una mejor calidad de vida y al contrario con un afrontamiento evitativo, siendo el primero el tipo de afrontamiento más empleado; y que a menudo las mujeres con cáncer de mama desarrollan niveles más altos de resiliencia que las mujeres de la población general, la cual actúa como protectora, según los artículos (19) y (24).

7. Conclusión

Queda patente el consenso de las fuentes consultadas en señalar que el cáncer de mama actúa como agente causante de diferentes alteraciones y patologías psicológicas en aquellas mujeres que los sufren, en mayor o menor medida según las características y recursos propios de cada una; lo que responde al objetivo principal de este trabajo.

- Pese a la connivencia del aumento en la probabilidad de que las mujeres que sufren cáncer de mama desarrollen algún tipo de patología psicológica, los estudios no están suficientemente extendidos, por lo que los datos varían según la fuente consultada. La mayor limitación en el grueso de los artículos estudiados es el bajo tamaño muestral.
- En ocasiones, y por falta de instrumentos de medida adecuados, resulta complejo determinar cuándo los síntomas referidos por las mujeres (apatía, cansancio, disfunciones sexuales...) son debidos a un proceso psicopatológico y cuando son un efecto secundario de los tratamientos que reciben.
- Se describe en numerosos artículos consultados la necesidad de estudiar a fondo estos fenómenos que afectan a las mujeres con cáncer para establecer guías de acción y una metodología común para ayudar a las pacientes.
- Con respecto al primer objetivo específico planteado, he visto que el uso de mecanismos de afrontamiento que mejor calidad de vida reportan a las mujeres con cáncer de mama son las de afrontamiento activo, que llevan a la mujer a un mayor ajuste con su situación actual.
- En el objetivo referido a la afectación de la autoestima e imagen corporal de las pacientes con cáncer de mama, queda demostrado que estas se ven duramente afectadas por los estragos que causa su tipo de cáncer; desde la caída del cabello, la apatía y la astenia hasta la mastectomía, en el caso concreto de la radical es la que más consecuencias negativas tiene para estas pacientes.
- Todos estos cambios y alteraciones afectan a la mujer, por consiguiente al entorno que las rodea; aun así, se ha observado en la revisión que es de suma importancia la necesidad de apoyo por parte de la familia, especialmente de la pareja, para poder sobrellevar el distrés emocional que supone el cáncer.
- Como profesionales sanitarios de enfermería no debemos descuidar ningún aspecto de la salud de nuestros pacientes, incluido el plano mental y emocional.

8. Bibliografía

- (1) Sanitaria P. La situación del cáncer [Internet]. Gob.es. [citado el 4 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/situacionCancer.pdf>
- (2) Defunciones semanales por causas más frecuentes, sexo y lugar de ocurrencia [Internet]. Ine.es. [citado el 4 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/covid/&file=03007.px>
- (3) Sistema. El cáncer en cifras - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Seom.org. 2021 [citado el 4 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://seom.org/prensa/el-cancer-en-cifras>
- (4) Sistema. Cáncer de mama - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Seom.org. 2020 [citado el 4 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama>
- (5) Bueno Ferrán M. Cuidando a las mujeres con cáncer de mama: el afrontamiento como predictor de la calidad de vida. 2016.
- (6) Paluch-Shimon S, Warner E. Breast cancer in young women: Challenges, progress, and barriers. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(3):268–70
- (7) Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;2004(32):57–71.
- (8) Martín M, Herrero A, Echavarría I. El cáncer de mama. *arbor* [Internet]. 30 de junio de 2015 [citado 6 de marzo de 2021];191(773): a234. Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2037>
- (9) Breast cancer risk factors and prevention methods [Internet]. Cancer.org. [citado el 2 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention.html>
- (10) Rincón Fernández, M.E., Pérez San Gregorio, M.A., Borda Más, M., Martín Rodríguez, A.. Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria [Internet]. Oct./dic. 2010 [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922010000400009&lang=es

- (11) Alonso Yolanda, Fontanil Yolanda, Ezama Esteban. Apego y bienestar en mujeres en proceso de tratamiento del cáncer de mama. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2016 ene [citado 2021 Mar 18]; 32(1): 32-38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.191961>.
- (12) Pardo JMV, García AL-G. Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama. *Med Segur Trab (Madr)*. 2017;63(248):245–59
- (13) Pintado Cucarella MS. Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. 2013.
- (14) Olivares M^a Eugenia, Martín MD, Román JM, Moreno A. Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)*. 2010;7 (1): 81-98.
- (15) Torres FMG, Cívico FJA, del Rosario Castillo Mayén M. Identificación del patrón de respuesta a la ansiedad en las supervivientes a corto plazo del cáncer de mama. *Anu psicol.* 2018; 48(2)59-63.
- (16) Rey Villar R. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/18462>
- (17) Puigpinós-Riera R, Graells-Sans A, Serral G, Continente X, Bargalló X, Domènech M, et al. Anxiety and depression in women with breast cancer: Social and clinical determinants and influence of the social network and social support (DAMA cohort). *Cancer Epidemiol.* 2018; 55:123–9.
- (18) Joaquín-Mingorance M., Arbinaga F., Carmona-Márquez J., Bayo-Calero J. Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2019 [citado 2021 Mar 18]; 35(2): 188-194. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.336941>.
- (19) González PR, García AZ, Sánchez LM, Márquez PG-O, Bozal RG. Resiliencia como predictora de depresión en mujeres con cáncer de mama. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD psicol.* 2019;4(1):75–84.
- (20) Font Guiteras Antoni, Reventós Osuna Paula, Falo Zamora Catalina. Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: Estudio preliminar de semejanzas y diferencias entre pacientes con y sin metástasis. *Psicooncología.* 24

de febrero de 2020. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/68249/4564456553149>

(21) Belber-Gómez M, Valencia-Agudo F, De la Viuda-Suárez ME. Análisis de la experiencia subjetiva en mujeres con cáncer de mama. *Duazary*. 2018 enero; 15 (1): 71 - 85. [citado 19 de abril de 2021] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6258003>

(22) Fernández Hawrylak María, Hernández Mañllo Lucía, Martínez García Inmaculada. Comunicación intra-familiar y cáncer de mama. *Psicooncología* Vol. 15, Nº1, 2018. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/59180/4564456546588>

(23) Blanco Sánchez Rafaela. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Índex Enferm* vol. 19, nº 1, Granada ene./mar. 2010 [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000100005&script=sci_arttext

(24) Rodríguez-Reinado Carmen, Delgado Ana, Alguacil Juan. El cuerpo y sus reconfiguraciones. *European Journal of Health Research (EJHR)*. Vol.6, Nº2, diciembre 2020. [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7745139>

(25) Rincón Fernández María Esther, Pérez San Gregorio María Ángeles, Borda Más Mercedes, Martín Rodríguez Agustín. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2012 [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/16904/file_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(26) Segura-Valverde Marta, García-Nieto Rebeca, Saúl Gutiérrez Luis Ángel. Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*, Vol. 11, Nº 1, 2014. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44916/42832>

(27) Cobo-Cuenca AI, Martín-Espinosa NM, Sampietro-Crespo A, Rodríguez-Borrego MA, Carmona-Torres JM. Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. *PLoS One*. 2018;13(8): e0203151.

(28) Falo Zamora Catalina, Villar Abelló Helena, Rodríguez Bruzos Eva, Mena Cervignon Marisa, Font Guiteras Antoni. Calidad de vida en cáncer de mama metastásico de larga evolución. 2014. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4925143>

(29) Cruzado Rodríguez JA. Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. Madrid: Editorial Síntesis; 2010.

9. Anexos

9.1. Escala HADS

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:			
3) Casi todo el día	2) Gran parte del día	1) De vez en cuando	0) Nunca
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:			
0) Ciertamente igual que antes	1) No tanto como antes	2) Solamente un poco	3) Ya no disfruto con nada
A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:			
3) Sí, y muy intenso	2) Sí, pero no muy intenso	1) Sí, pero no me preocupa	0) No siento nada de eso
D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:			
0) Igual que siempre	1) Algo menos	2) Mucho menos	3) En absoluto
A.3. Tengo de la cabeza llena de preocupaciones:			
3) Casi todo el día	2) Gran parte del día	1) De vez en cuando	0) Nunca
D.3. Me siento alegre:			
0) Nunca	1) Muy pocas veces	2) En algunas ocasiones	3) Gran parte del día
A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:			
0) Siempre	1) A menudo	2) A veces	3) Nunca
D.4. Me siento lento/a y torpe:			
0) Gran parte del día	1) A menudo	2) A veces	3) Nunca
A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:			
0) Nunca	1) Solo en algunas ocasiones	2) A menudo	3) Muy a menudo
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:			
3) Completamente	2) No me cuido como debería hacerlo	1) Es posible que no me cuido como debiera	0) Me cuido como siempre lo he hecho
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:			
0) Como siempre	1) Algo menos que antes	2) Mucho menos que antes	3) En absoluto
D.6. Espero las cosas con ilusión:			
0) Como siempre	1) Algo menos que antes	2) Mucho menos que antes	3) En absoluto
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:			
3) Muy a menudo	2) Con cierta frecuencia	3) Raramente	4) Nunca
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión			
0) A menudo	1) Algunas veces	2) Pocas veces	3) Casi nunca
Puntuación HAD-A: 1) <7 2) 8-10 3) >11 Puntuación HAD-D: 1) <7 2) 8-10 3) >11			

9.2. Escala QLQ-BR23

Durante la semana pasada:		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1.	¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
2.	¿Tenía la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
3.	¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	1	2	3	4
4.	¿Se le cayó algo de pelo?	1	2	3	4
5.	Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupado por la caída del pelo?	1	2	3	4
6.	¿Se sintió enferma o mal?	1	2	3	4
7.	¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	1	2	3	4
8.	¿Tuvo dolores de cabeza?	1	2	3	4
9.	¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
10.	¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
11.	¿Le resultó difícil verse desnuda?	1	2	3	4
12.	¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	1	2	3	4
13.	¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?	1	2	3	4
Durante las últimas cuatro semanas:					
14.	¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
15.	¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)	1	2	3	4
16.	Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4
Durante la semana pasada:					
17.	¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
18.	¿Se le hinchó el brazo o la mano?	1	2	3	4
19.	¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	1	2	3	4
20.	¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
21.	¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
22.	¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo habitual?	1	2	3	4
23.	¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (p.ej. picor, sequedad, descamación)?	1	2	3	4

9.3. Escala QLQ-C30

		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
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 asfixia?	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
15.	¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16.	¿Ha estado estreñida?	1	2	3	4
17.	¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18.	¿Estuvo cansada?	1	2	3	4
19.	¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20.	¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21.	¿Se sintió nerviosa?	1	2	3	4
22.	¿Se sintió preocupada?	1	2	3	4
23.	¿Se ha sentido irritable?	1	2	3	4
24.	¿Se sintió deprimida?	1	2	3	4

25.	¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26.	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar ?	1	2	3	4
27.	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales ?	1	2	3	4
28.	¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

29.	¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?						
1	2	3	4	5	6	7	
Pésima						Excelente	

30.	¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?						
1	2	3	4	5	6	7	
Pésima						Excelente	