



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**E. U. de Enfermería y Fisioterapia**

**Titulación: GRADO EN ENFERMERÍA**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Tipo de Trabajo:**

**Revisión Bibliográfica Sistemática**

**“REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA MASTECTOMÍA  
EN EL CÁNCER DE MAMA”**

***Andrea Sánchez Martínez***

**Tutor: Rosa González del Río**

**Salamanca, mayo de 2019**

*A la profesora Rosa González del Río por ayudarme y  
acompañarme en la elaboración de este trabajo.*

*A mis padres, porque sin su esfuerzo no habría podido  
llegar hasta aquí.*

*A mi hermana, ya que no he podido tener un mejor ejemplo  
a seguir.*

# ÍNDICE

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>RESUMEN .....</b>                                            | <b>1</b>  |
| <b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>                                    | <b>2</b>  |
| 1.1. Epidemiología .....                                        | 2         |
| 1.2. Concepto .....                                             | 3         |
| 1.3. Factores de riesgo .....                                   | 3         |
| 1.4. Manifestaciones clínicas .....                             | 5         |
| 1.5. Tipos de Cáncer de Mama (Clasificación Histológica) .....  | 5         |
| 1.6. Prevención .....                                           | 6         |
| 1.7. Diagnóstico .....                                          | 6         |
| 1.8. Tipos de Tratamiento .....                                 | 7         |
| 1.9. Secuelas .....                                             | 9         |
| <b>2. OBJETIVOS .....</b>                                       | <b>10</b> |
| <b>3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS.....</b>   | <b>10</b> |
| 3.1. Estrategia de búsqueda .....                               | 10        |
| 3.2. Criterios de inclusión y exclusión .....                   | 11        |
| 3.3. Resultados de la búsqueda .....                            | 12        |
| 3.4. Selección de estudios .....                                | 13        |
| <b>4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....</b>           | <b>14</b> |
| OBJETIVOS 1 y 2. Afectación psicológica de la mastectomía ..... | 14        |
| OBJETIVO 3. Repercusiones sobre la sexualidad .....             | 17        |
| OBJETIVO 4. Reconstrucción mamaria tras mastectomía .....       | 18        |
| <b>5. CONCLUSIONES.....</b>                                     | <b>22</b> |
| <b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>                                     | <b>24</b> |

## RESUMEN

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta a miles de mujeres de todo el mundo, su diagnóstico supone una situación difícil de afrontar y frecuentemente genera sentimientos negativos como el miedo y la ansiedad.

Entre los tratamientos más frecuentes a los que estas mujeres tienen que hacer frente, se encuentra la mastectomía, que no solo provoca repercusiones físicas sino también psicológicas, afectando considerablemente a su calidad de vida.

La reconstrucción mamaria se presenta como una alternativa que tiene como fin reducir los efectos psicológicos de la cirugía, pudiendo realizarse de forma inmediata o diferida.

El objetivo de este trabajo es realizar una Revisión Bibliográfica sobre las repercusiones psicológicas más relevantes que se producen como consecuencia del tratamiento quirúrgico y realizar una descripción sobre el papel que tiene la reconstrucción mamaria en la mastectomía.

La búsqueda se ha llevado a cabo en diferentes bases de datos: Pubmed, Scielo, Dialnet, Google Académico y en diversas revistas científicas, utilizando un total de 16 artículos.

Tras el análisis de las publicaciones, se observa cierta unanimidad sobre las repercusiones psicológicas que produce la mastectomía y sobre los beneficios de la reconstrucción mamaria, mientras que con respecto a qué tipo de reconstrucción es la más beneficiosa (inmediata o diferida) existen diferencias significativas.

**Palabras clave:** *Cáncer de mama, Mastectomía, Calidad de vida, Reconstrucción mamaria, Impacto psicológico.*

# 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las enfermedades con mayor relevancia en las últimas décadas debido a su gran incidencia, siendo una de las principales causas de muerte en el mundo junto con los episodios cardiovasculares. <sup>(1)</sup>

El cáncer de mama es el segundo tumor más diagnosticado en el mundo, teniendo en cuenta ambos sexos, después del de pulmón y seguido del colorrectal y del de próstata, lo que hace que adquiera gran importancia tanto en países desarrollados como en subdesarrollados. <sup>(2)</sup>

Se estima que una de cada ocho mujeres desarrollará cáncer de mama a lo largo de su vida. Este se presenta tanto en hombres como en mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es mucho menos frecuente. <sup>(3)</sup>

Actualmente la supervivencia de las personas con cáncer de mama es cada vez mayor como consecuencia de un diagnóstico precoz y de tratamientos cada vez más innovadores, que proporcionan mejores resultados. <sup>(1)</sup>

## 1.1. Epidemiología

El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres a nivel mundial y una de las principales causas de muerte por cáncer en las mismas. <sup>(3,4)</sup>

Afecta a todas las edades, pero en especial al intervalo comprendido entre los 45 y los 65 años. <sup>(3)</sup>

El continente más afectado es Asia, en el que las cifras más altas destacan en China, India y Japón, seguido de Europa donde la mayor incidencia fue registrada en Alemania, Federación Rusa e Italia. <sup>(2)</sup>

| Población                  | Casos   |
|----------------------------|---------|
| Asia                       | 911 014 |
| Europa                     | 522 513 |
| Norteamérica               | 262 347 |
| América latina y el caribe | 199 734 |
| África                     | 168 690 |
| Oceanía                    | 24 551  |

**Tabla 1.** Número de casos estimados en mujeres de todas las edades por continente en 2018 <sup>(2)</sup>

Datos del GEICAM (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama) revelan que en 2018 fueron diagnosticados 32.835 nuevos casos en España, haciendo que este tumor sea el más común en las mujeres españolas. <sup>(5)</sup>

El informe “Las cifras del cáncer de mama-2019” publicado por la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica), recoge que es el tumor que provoca mayor mortalidad en las mujeres españolas (en 2018 murieron 6.421 mujeres) seguido del de colon, recto-sigma y del de pulmón. Su prevalencia es muy alta (se estima que será de 129.928 en 2018, con una prevalencia de 5 años) debido a que su supervivencia va en aumento. <sup>(6)</sup>

En Castilla y León la incidencia es de 88,5 casos/100.000 mujeres. <sup>(7)</sup>

## **1.2. Concepto** <sup>(8,9)</sup>

Según la *Sociedad Americana Contra el Cáncer*, el cáncer de mama es una enfermedad que consiste en la proliferación de células tumorales en el tejido glandular mamario pudiendo llegar a expandirse a tejidos sanos circundantes por vía hematógica o linfática provocando lo que se conoce como metástasis.

Hay diferentes tipos de cáncer de mama en función de qué células se encuentren afectadas, la mayoría de ellos afectan a los lobulillos o a los conductos mamarios.

## **1.3. Factores de riesgo** <sup>(4,10,11)</sup>

Los factores de riesgo asociados al cáncer de mama son múltiples:

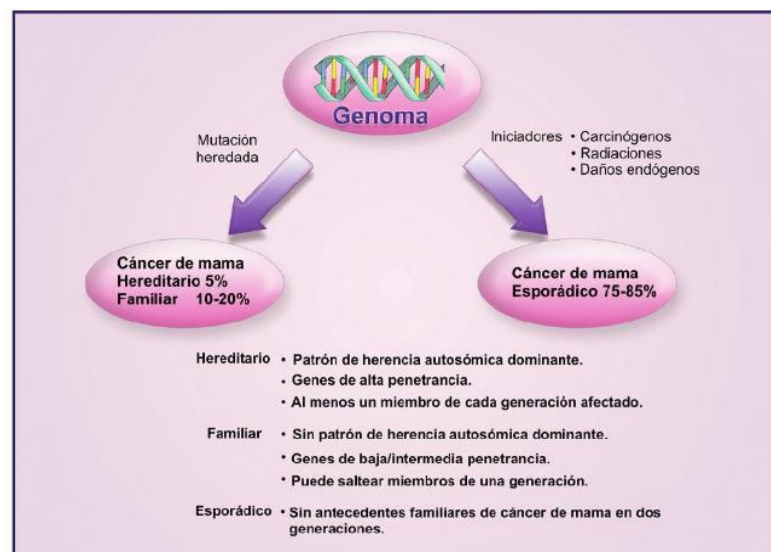
### ❖ PERSONALES/ HORMONALES:

- Sexo: es notablemente más frecuente en mujeres que en hombres.
- Edad: es un factor de riesgo muy importante, ya que a mayor edad mayor riesgo de padecerlo.
- La menarquía precoz y la menopausia tardía: son también factores de riesgo, como consecuencia de la exposición prolongada a estrógenos endógenos.
- Paridad y edad del primer embarazo: tienen mayor riesgo aquellas mujeres que no hayan parido nunca, y aquellas que se hayan quedado embarazadas por primera vez a una edad elevada.
- Lactancia materna: reduce el riesgo de cáncer de mama porque se retrasa el restablecimiento de la función ovárica y disminuyen los niveles de estrógenos.
- Obesidad: un exceso de peso aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama sobre todo en mujeres postmenopáusicas.

- Tratamiento hormonal sustitutivo (TSH) y anticonceptivos orales: se ha visto que la administración de hormonas exógenas también aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama.

❖ GENÉTICOS/FAMILIARES:

- CM esporádico: sin que exista antecedentes familiares en las generaciones más cercanas. Es el más frecuente.
- CM familiar: cuando existen familiares de primer grado con la enfermedad o antecedentes personales de cáncer de mama, endometrio u ovario.
- CM hereditario: suele deberse a mutaciones de los genes BCRA-1 y BCRA-2 y del gen supresor de tumores p53 que aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama, entre otros como el de ovario. Es poco frecuente.



**Imagen 1.** Tipos de cáncer de mama según las alteraciones genómicas existentes. <sup>(12)</sup>

❖ AMBIENTALES

- Radiaciones ionizantes: por métodos diagnósticos o terapéuticos, siendo mayor el riesgo cuanto más temprana es la exposición a la radiación.
- Etnia: es más frecuente en mujeres de raza blanca.
- Tabaco: se ha visto que tiene cierta relación con el cáncer de mama, aumentando el riesgo relativo junto con el alcohol.

#### **1.4. Manifestaciones clínicas** <sup>(11,13)</sup>

La forma de presentación es cambiante en función de en qué fase se encuentre:

##### **SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

- Cambio del tamaño de la mama: asimetría (irregularidades en el contorno) o diferencia de tamaño entre ambas mamas.
- Cambios en la piel (“piel de naranja”), depresiones cutáneas y ulceraciones.
- Alteraciones en el pezón: retracción del mismo y secreción de líquido hemático, serohemático o seroso.
- Presencia de una masa o tumoración de tamaño irregular y consistencia dura en la mama o en la zona axilar. Es la forma de presentación más frecuente y suele ser detectada por la misma paciente.
- Cambios en la vascularización y aparición de signos inflamatorios (dolor, enrojecimiento, calor y edema).
- Mastalgia (dolor mamario): se suele presentar con poca frecuencia en el cáncer de mama.

#### **1.5. Tipos de Cáncer de Mama (Clasificación Histológica)** <sup>(3,8,11,14)</sup>

La mayoría son carcinomas (adenocarcinomas) originados en células del tejido glandular mamario. Se dividen en dos grandes grupos:

**1.5.1. Carcinomas no infiltrantes:** aquel que no se ha propagado. Las células cancerosas no tienen la capacidad de atravesar la membrana basal, es decir, no pueden provocar metástasis a distancia.

- Carcinoma lobulillar in situ (CLIS): se produce en los lobulillos que son glándulas productoras de leche. Es una lesión premaligna que conlleva un riesgo futuro de carcinoma invasor.
- Carcinoma ductal in situ (CDIS) o intraductal: se produce en el interior de un ducto.

**1.5.2. Carcinomas infiltrantes/invasivos:** es aquel que se propaga al tejido mamario circundante.

- Carcinoma ductal infiltrante (CDI): es el más frecuente. Se produce en las células que forman los conductos galactóforos, son de consistencia dura e invaden tejidos mamarios cercanos. Suele ser unilateral y con peor pronóstico.
- Carcinoma lobulillar infiltrante (CLI): se origina en los lobulillos mamarios, es bilateral, con infiltración difusa y metastatiza con más frecuencia que el resto.

## **1.6. Prevención** <sup>(15)</sup>

La prevención se debe llevar a cabo en tres niveles:

- a) Prevención primaria:** evitar la obesidad tras la menopausia, realizar ejercicio físico regular, no hacer uso de la THS (Terapia Hormonal Sustitutiva), evitar radiaciones innecesarias, e incluso realización de mastectomía si existe mutación de los genes BRCA.
- b) Prevención secundaria:** Campañas de información, programas de cribado y seguimiento de pacientes de alto riesgo.
- c) Prevención terciaria:** evitar la aparición de linfedema, reconstrucción mamaria tras mastectomía, apoyo psicológico, etc.

## **1.7. Diagnóstico**

Para poder diagnosticarlo de manera precoz se debe participar en los programas de cribado de cada comunidad, además de realizar una correcta autoexploración que debe ser periódica y continua en el tiempo, ya que con ello se mejora el pronóstico y por tanto aumenta la supervivencia.<sup>(16)</sup>

Para confirmar el diagnóstico además de un examen físico exhaustivo se pueden realizar las siguientes pruebas: mamografía bilateral diagnóstica, ecografía mamaria, biopsia mediante PAAF (punción-aspiración con aguja fina) o BAG (biopsia con aguja gruesa), radiografía de tórax, analítica completa, valoración de marcadores tumorales, etc. <sup>(11,17)</sup>

Ganglio centinela: es el primer ganglio linfático donde las células malignas tienen más probabilidad de diseminarse y se usa para determinar la extensión y el estadio del tumor.

Si la biopsia del mismo es positiva significa que el cáncer se ha diseminado a otros ganglios linfáticos cercanos, en cambio si el resultado es negativo indica que no se ha extendido.<sup>(18)</sup>

### **1.8. Tipos de Tratamiento**<sup>(11,16)</sup>

Tras realizar las pruebas necesarias y confirmar el diagnóstico se procede a decidir que tratamiento es el más adecuado en cada caso teniendo en cuenta: el tipo de tumor, la fase evolutiva en la que se encuentra y el estado de salud del paciente, entre otros.

Pueden usarse solos o bien, combinados entre ellos.

#### **1.8.1. Radioterapia:**

Consiste en un tratamiento local, que afecta a una zona determinada. Puede realizarse de forma externa o interna (braquiterapia).

#### **1.8.2. Quimioterapia:**

Se puede administrar antes de la cirugía, con el objetivo de reducir el tamaño del tumor, o después de la misma, para acabar con las células malignas que hayan podido quedar.

#### **1.8.3. Hormonoterapia:**

Consiste en el uso de fármacos que modifican la acción de ciertas hormonas que intervienen en el desarrollo del cáncer.

#### **1.8.4. Terapia dirigida (biológica):**

Actúa a nivel del sistema inmunitario para combatir el efecto de las células malignas y sus efectos secundarios.

#### **1.8.5. Quirúrgico:**<sup>(16,19, 20)</sup>

Existen distintos tipos de cirugía, se realizará una u otra en función del estadiaje del tumor:

- Tumorectomía: se extirpa el tumor y una parte de tejido sano (al menos 1-2 cm)
- Cuadrantectomía: consiste en la extirpación del cuadrante donde se encuentra el tumor.

- Segmectomía: se extirpa el segmento de la mama afectado.
- Mastectomía: es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación completa o parcial de la mama.
  - Mastectomía subcutánea: se extirpa la mayor parte de la glándula mamaria conservando pezón y areola, sin realizar vaciamiento axilar.
  - Mastectomía simple o total: consiste en quitar toda la glándula mamaria con la piel que la recubre y el complejo aréola-pezón, sin afectar a los ganglios linfáticos axilares.
  - Mastectomía radical: consiste en la extirpación de la glándula mamaria con los ganglios linfáticos axilares y músculos pectorales. En la actualidad es poco habitual.
  - Mastectomía radical modificada: se extirpa la mama y los ganglios linfáticos axilares conservando los músculos pectorales. Actualmente es la más utilizada.

|                        | Tipos de mastectomía |              |                    |         |
|------------------------|----------------------|--------------|--------------------|---------|
| Estructuras extirpadas | Subcutánea           | Simple/total | Radical modificada | Radical |
| Complejo pezón-areola  |                      | X            | X                  | X       |
| Ganglios axilares      |                      |              | X                  | X       |
| Músculos pectorales    |                      |              |                    | X       |

**Tabla 2:** Relación entre estructuras afectadas y tipos de mastectomía (elaboración propia) <sup>(16)</sup>

→ **Reconstrucción mamaria:** <sup>(3,19)</sup>

La reconstrucción mamaria es un proceso quirúrgico que consiste en crear una mama con características similares a la que ha sido mastectomizada. Se puede realizar tras la mastectomía (inmediata) o un tiempo después (retardada).

Puede llevarse a cabo mediante un implante artificial o mediante tejidos del propio cuerpo de la mujer (reconstrucción autógena o con colgajo), aunque también se pueden combinar ambas.

Su principal objetivo es mejorar la calidad de vida de la persona, paliar las repercusiones psicológicas del tratamiento quirúrgico y evitar el uso de prótesis externas.

Es importante que la persona sepa que no supone una limitación a la hora de recibir tratamientos en el futuro y que no repercuta negativamente en la enfermedad.

## **1.9. Secuelas:**

### **1.9.1. Físicas:** <sup>(3,16,19)</sup>

- **Linfedema:** es la secuela física que se produce con más frecuencia y consiste en la hinchazón del brazo afectado como consecuencia de una obstrucción en el sistema linfático que hace que se produzca una acumulación de líquido. Se produce sobre todo en mujeres que han sufrido linfadenectomía (proceso quirúrgico donde se extirpan los ganglios linfáticos).

Pueden aparecer síntomas como: endurecimiento, engrosamiento de la piel, dolor, aumento del volumen o pesadez del miembro, etc.

- **Seroma:** es la acumulación de líquido en la zona de cicatrización a nivel axilar.
- **Pérdida de sensibilidad** de la zona (sensación de acorchamiento).
- **Infección:** aumentan las probabilidades como consecuencia de una disminución de la acción del sistema linfático.

### **1.9.2. Secuelas psicológicas:** <sup>(1)</sup>

El tratamiento quirúrgico ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos, y en especial la mastectomía por ser de las intervenciones más radicales, genera en la mujer que la sufre una serie de sentimientos y pensamientos negativos, que pueden llegar a influir en el curso de su enfermedad, en su relación con los demás y por consiguiente en su calidad de vida.

Por ello, en este trabajo vamos a abordar los aspectos psicológicos más significativos que se generan tras el tratamiento quirúrgico en estas mujeres.

## 2. OBJETIVOS

**Objetivo principal:** Realizar una Revisión Bibliográfica Sistemática sobre las repercusiones que tiene la mastectomía en las esferas social y psicológica de las personas que la sufren.

**Objetivos específicos:**

- 1.- Describir el impacto que presenta la mastectomía sobre la imagen corporal y la autoestima y como afecta a la calidad de vida.
- 2.- Valorar la importancia de la terapia psicológica.
- 3.- Evaluar cómo repercute la mastectomía en la sexualidad.
- 4.- Conocer los beneficios que aporta la reconstrucción mamaria tras la mastectomía.

## 3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Este trabajo es una Revisión Bibliográfica de aquellos estudios que describen de forma científica el impacto de la mastectomía en las personas que la sufren.

Para realizar la siguiente búsqueda se utilizó la estrategia que se describe a continuación:

### 3.1. Estrategia de búsqueda:

La búsqueda se ha llevado a cabo desde Enero de 2018 hasta Abril de 2019, en distintas bases de datos electrónicas, utilizando términos DeCS en aquellas de origen nacional y sus correspondientes términos MeSH en las internacionales.

| <i><b>Términos MeSH</b></i> | <i><b>Términos DeCS</b></i> |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Mastectomy                  | Mastectomía                 |
| Quality of life             | Calidad de vida             |
| Body image                  | Imagen corporal             |
| Breast reconstruction       | Reconstrucción mamaria      |

**Tabla 3.** Términos MeSH y DeCS (Elaboración Propia)

Se han realizado dos búsquedas diferentes, relacionadas entre sí: una de ellas hace referencia al impacto a nivel psicológico en todas las esferas de la vida de la persona con mastectomía y la otra a la reconstrucción mamaria y su papel en la misma.

Las bases de datos electrónicas dónde se ha realizado la búsqueda son: Pubmed, Dialnet, Scielo, Biblioteca Cochrane, entre otras. Utilizando en aquellas que lo permiten la búsqueda avanzada para obtener un resultado lo más preciso posible.

Además, se han utilizado artículos procedentes de revistas científicas, en inglés y en español, tanto en formato electrónico como impreso, por ejemplo *Enfermería clínica* (Elsevier) o *Psicooncología* y diversos libros, a través de la biblioteca de Enfermería de la Universidad de Salamanca.

Para completar la búsqueda se ha usado el buscador científico Google Académico y diversas páginas webs oficiales como AECC (Asociación Española Contra el Cáncer), OMS (Organización Mundial de la Salud), SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica), entre otras.

También se ha realizado una Búsqueda Bibliográfica Inversa, a través de artículos procedentes de la bibliografía de otras publicaciones que cumplen con los criterios establecidos en la siguiente revisión.

Algunas de las limitaciones encontradas han sido: la falta de uniformidad con respecto a la metodología, ya que cada artículo utiliza unos instrumentos de evaluación diferentes debido a la gran variedad de escalas y cuestionarios que existen, lo que ha dificultado la extrapolización de las conclusiones. Además, algunos estudios utilizan muestras muy pequeñas no siendo representativas de la población.

### **3.2. Criterios de inclusión y exclusión:**

Con el fin de seleccionar los artículos que serán utilizados para realizar la siguiente Revisión Bibliográfica se establecen los siguientes criterios de inclusión-exclusión:

#### **❖ Criterios de inclusión:**

- Artículos con acceso al texto completo.
- Artículos en inglés o español.
- Artículos comparativos, descriptivos, revisiones bibliográficas y monografías.

### ❖ Criterios de exclusión:

- Artículos en otro idioma diferente al inglés o español.
- Artículos sin acceso al texto completo.
- No se añadieron límites con respecto al año de publicación (aunque no se seleccionaron publicaciones anteriores al año 2000)

### 3.3. Resultados de la búsqueda:

- **Dialnet:**

La búsqueda se realizó con los términos “Calidad de vida y Mastectomía” obteniéndose 27 resultados de los cuales se eligió **1 artículo**, el resto se descartó por no tener relación con el tema o por no tener acceso al texto completo.

Se repitió la búsqueda con “Mastectomía e Imagen corporal”, obteniéndose 20 publicaciones, escogiéndose **2 artículos**.

- **Scielo:**

Se realizó la búsqueda con los términos “Mastectomía y Calidad de vida” obteniéndose 16 resultados, de los cuáles se seleccionaron **2 artículos** y se repitió con los términos “Mastectomía e Imagen corporal” en el que se obtuvieron 9 publicaciones de los que se eligió **1 artículo**.

Tras realizar la búsqueda “Reconstrucción mamaria y Mastectomía” se obtuvieron 44 publicaciones de las cuáles se seleccionó **1 artículo**.

- **Buscador científico Google académico:**

Tras la búsqueda realizada con los términos “Mastectomía AND Imagen corporal” se obtuvieron 1.470 resultados de los que fueron seleccionados **2 artículos**.

- **Cochrane:**

Se utilizaron los términos MeSH “Mastectomy AND Quality of life” obteniéndose 12 resultados y “Mastectomy AND Body image” obteniéndose 3 publicaciones, de los cuales **no fue seleccionado ningún artículo** por no tener relación con la búsqueda.

- **Pubmed:**

Se aplicaron los términos MESH citados anteriormente unidos por el operador booleano AND, con los filtros: idioma “English and Spanish”, acceso al texto completo “Full Text”, y con respecto a las publicaciones “Journal article, Review, Systematic Reviews”

Se realizó la búsqueda cambiando los términos MeSH y estos fueron los resultados:

- (Mastectomy [MeSH Terms]) AND Body image [MeSH Terms], se obtuvieron 53 resultados de los cuales **no fue seleccionado ninguno**.
- (Mastectomy [MeSH Terms]) AND Quality of life [MeSH Terms], en esta búsqueda se obtuvieron 216 resultados de los cuales fue utilizado **1 artículo**.
- (Mastectomy [MeSH Terms]) AND Breast Reconstruction [MeSH Terms] se obtuvieron 440 resultados de los cuales se seleccionaron **4 artículos**.

- **Cuiden Plus:**

Se realizó la búsqueda mediante las palabras claves: “Reconstrucción mamaria AND Mastectomía”, donde se encontraron 16 resultados y se repitió con “Mastectomía AND Calidad de vida” obteniéndose 24 publicaciones de las que **no se seleccionó ningún artículo**.

- **Elsevier:**

Se localizaron 83 publicaciones con los términos “Mastectomía y Calidad de vida” de las cuales se seleccionó **1 artículo**. Se usó también el formato en papel de la Revista “Enfermería Clínica” de la que se seleccionó **1 artículo**.

Tras revisar los artículos encontrados y leer los resúmenes de cada uno de ellos, se procedió a descargar el texto completo y a ordenarlos en función de los objetivos a los que hacen referencia.

### **3.4. Selección de estudios**

Finalmente, se seleccionaron un total de **16 artículos**, de los cuáles:

- **10 Estudios Comparativos.**
- **3 Monografías.**
- **1 Estudio descriptivo.**
- **2 Revisiones Bibliográficas.**

## 4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### OBJETIVOS 1 y 2. Afectación psicológica de la mastectomía

El estudio de las repercusiones psicológicas en el cáncer de mama adquiere gran relevancia puesto que esta enfermedad afecta a todas las esferas de la vida (personal, laboral, social...) provocando múltiples cambios en la vida de la persona que la padece.<sup>(21)</sup>

Según **Blanco-Sánchez R** <sup>(22)</sup> alrededor de un 30% de las mujeres mastectomizadas padecen problemas psicológicos.

Entre las preocupaciones más frecuentes en estas mujeres se encuentran: el miedo porque sus hijos hereden la enfermedad, la posibilidad de muerte, la inquietud sobre su pronóstico, los problemas con respecto al trabajo, entre otras. Todo ello contribuye a un malestar significativo y a la consecuente pérdida de calidad de vida.<sup>(21)</sup>

Según **García-Viniegras CV, González-Blanco M** <sup>(21)</sup> en esta situación predominan los sentimientos de vergüenza, inutilidad, ansiedad y desesperanza, y establecen que los procedimientos quirúrgicos que afectan a la mama y en especial la mastectomía, suelen llevar consigo una afectación psicológica importante debido a la alteración de la autoestima y de la imagen corporal.

**Font A, Cardoso A** <sup>(23)</sup> realizaron una investigación con 189 mujeres con cáncer de mama a través de un cuestionario específico con el objetivo de observar cómo reaccionan ante su enfermedad. Con respecto a las reacciones emocionales la mayoría refirieron que ante este problema de salud suelen resignarse, hablar del problema con familiares o amigos y no sentirse culpable, mientras que a nivel de pensamientos no suelen intentar buscarle un sentido a la enfermedad e intentan superarlo por sí mismas.

Autores como **Engel J. et al**, <sup>(24)</sup> establecen que la edad es un factor determinante, teniendo las mujeres más jóvenes niveles superiores de depresión, mientras que otros como **Sebastian J. et al**, <sup>(25)</sup> indican que variables como la edad, el nivel educativo o el estado civil no interfieren con la imagen corporal y la autoestima, a diferencia del tipo de cirugía que es considerado como un factor importante.

La mastectomía es la intervención quirúrgica que más repercusiones psicológicas provoca, alterando en gran medida la identidad y la imagen corporal de la persona que la sufre.<sup>(21,26)</sup>

Actualmente, se opta por la cirugía conservadora (tumorectomía), en vez de mastectomía ya que produce menos afectación sobre la autoestima y aumenta la satisfacción con el resultado obtenido, aunque no siempre es posible llevarla a cabo. <sup>(25)</sup>

En el estudio de **Engel J. et al**, <sup>(24)</sup> se comparó a mujeres sometidas a mastectomía con mujeres sometidas a cirugía conservadora, concluyendo que aquellas mujeres sometidas a mastectomía se sentían menos atractivas, incompletas y referían sentimientos negativos con respecto a su pecho y cicatriz, influyendo esto negativamente en su vida laboral y social.

Por el contrario, **Segura-Valverde M. et al**, <sup>(27)</sup> en su estudio comparó a tres grupos de mujeres: sometidas a mastectomía radical, cirugía conservadora y sanas (grupo control). No encontró diferencias significativas con respecto a la autoestima entre ambos tipos de intervención (mastectomía y cirugía conservadora), aunque sí entre estas y las mujeres sanas, lo que incita a pensar que en el estado psicológico de estas mujeres no interviene solo el factor corporal, sino también otros aspectos como el laboral, la afectación familiar y la propia enfermedad. Con respecto al rechazo del propio cuerpo coincide con **Engel J. et al**, en que predomina en las mujeres mastectomizadas, con menor aceptación de la zona axilar y del pecho.

#### → **Intervención Psicosocial:**

Las personas que se encuentran en esta situación necesitan de una intervención psicológica tanto en el momento del diagnóstico como en el tratamiento. Es recomendable que acudan a grupos de apoyo para que compartan sus inquietudes con otras mujeres en su misma situación y que reciban atención psicológica ya que puede llegar a ser muy útil tanto para ellas como para sus familiares. <sup>(16, 19)</sup>

Muchos autores coinciden en la necesidad de una atención sanitaria que incluya el aspecto psicológico para promover un mayor bienestar de las personas que sufren esta patología. <sup>(21, 25-27)</sup>

Por ejemplo, **Sebastian J, et al** <sup>(25)</sup> establece la necesidad de realizar terapia grupal para mejorar la autoestima y la imagen corporal. En su caso realizó un programa de intervención psicosocial que tiene entre sus objetivos: aminorar el impacto emocional producido por el diagnóstico y los diversos tratamientos, promover la autoestima y la aceptación de la imagen corporal, eliminar los miedos que puedan surgirles, etc. Aquellas mujeres que participaron en el programa tuvieron mejores resultados con

respecto a la imagen corporal, y en menor medida sobre la autoestima, que aquellas que no participaron.

Otros como **Martínez- Basurto AE, et al** <sup>(26)</sup> indican que es necesaria una atención psicológica que les proporcione a estas mujeres estrategias para hacer frente a la situación que están viviendo y que les ayude a aumentar la seguridad en sí mismas.

|                            | ARTÍCULOS                                                                                                             | FUENTE                  |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>OBJETIVOS<br/>1 y 2</b> | “Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico”                                                 | <i>Elsevier</i>         |
|                            | “ Bienestar psicológico y cáncer de mama”                                                                             | <i>Scielo</i>           |
|                            | “Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales”                                   | <i>Google académico</i> |
|                            | “Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial” | <i>Scielo</i>           |
|                            | “Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas”                                                             | <i>Dialnet</i>          |
|                            | “Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía”                                                             | <i>Elsevier</i>         |
|                            | “Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective Study”            | <i>Pubmed</i>           |

**Tabla 4.** Relación de artículos utilizados en los Objetivos nº 1 y 2 (Elaboración Propia)

### OBJETIVO 3. Repercusiones sobre la Sexualidad:

El pecho ha sido siempre una importante fuente de feminidad, estando ligado con el atractivo físico y la sexualidad. Para muchas mujeres la mastectomía supone la pérdida de esta feminidad, una sensación de estar incompleta y un rechazo del propio cuerpo.<sup>(21)</sup>

La salud sexual de estas mujeres se ve alterada por los diferentes tratamientos a los que son sometidas, no solo por el quirúrgico. Se estima que aproximadamente entre el 32 y el 93% de estas mujeres sufrirán alguna problemática a nivel sexual.<sup>(28)</sup>

**Bueno-Robles LS, Soto-Lesmes VI** <sup>(28)</sup> refieren en su artículo que se produce en la mujer un menor interés por la pareja, alteraciones de la imagen corporal, baja autoestima e insatisfacción sexual. Además, **Engel J, et al** <sup>(24)</sup> indica que las mujeres mastectomizadas se suelen sentir menos atractivas, evitando a menudo el contacto con otras personas lo que afecta gravemente a su vida personal.

**Vázquez-Ortiz J, et al** <sup>(29)</sup> realizó un estudio en el que se comparó a mujeres mastectomizadas con mujeres sanas como grupo control, en este estudio se concluyó que las mujeres mastectomizadas tenían problemas a nivel sexual y de imagen corporal, coincidiendo con los autores anteriores.

Los resultados obtenidos fueron que la mastectomía afecta a distintas áreas de la imagen corporal reflejándose mediante sentimientos negativos sobre la desnudez y la apariencia física. No se encontraron grandes diferencias con respecto a la satisfacción sexual y la excitación pero si se produjeron ciertas alteraciones en el interés sexual.

|               | ARTÍCULOS                                                                                                  | FUENTE         |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| OBJETIVO<br>3 | “Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama”                            | <i>Dialnet</i> |
|               | “Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective Study” | <i>Pubmed</i>  |
|               | “Desarrollo investigativo en salud sexual de mujeres con cáncer de mama. Una revisión integrativa”         | <i>Scielo</i>  |

**Tabla 5.** Relación de artículos utilizados en el Objetivo n°3 (Elaboración Propia)

#### **OBJETIVO 4. Reconstrucción mamaria tras mastectomía**

La reconstrucción mamaria es una alternativa que busca disminuir el impacto psicológico que se produce como consecuencia del tratamiento quirúrgico (mastectomía), otorgando mayor estabilidad emocional, mejorando la sexualidad, la calidad de vida y haciendo que la persona se enfrente a la enfermedad de una forma más optimista. Como ya hemos comentado, la reconstrucción mamaria puede ser inmediata o diferida.<sup>(3)</sup>

Según la SECPRE (Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética) alrededor de un 64% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama son sometidas a mastectomía y de estas solo un 30% deciden someterse a reconstrucción mamaria.<sup>(30)</sup>

En el estudio realizado por **Al-Gazhal SK. et al**,<sup>(31)</sup> se comparó a tres grupos de mujeres con intervenciones quirúrgicas diferentes: escisión local amplia, mastectomía y reconstrucción mamaria, para valorar entre ellas diferentes aspectos como la satisfacción con el resultado, la sexualidad o la autoestima.

Aquellas sometidas a escisión local amplia son las que más satisfechas se encontraban seguido de las sometidas a reconstrucción mamaria mientras que las mujeres sometidas a mastectomía eran las menos satisfechas con los resultados tras la cirugía.

Los peores resultados con respecto a la autoestima e imagen corporal se registraron en el grupo sometido a mastectomía ocurriendo lo mismo con los niveles de ansiedad y depresión.

Por lo tanto, en este artículo se establece que la escisión local simple es la mejor alternativa pero al estar indicada solamente en un determinado grupo de pacientes, es necesario considerar la reconstrucción mamaria como una buena opción en caso de mastectomía ya que provoca menor deterioro de la imagen corporal y menor distrés psicológico.

**Oiz.B**<sup>(32)</sup> también establece que la reconstrucción mamaria contribuye a la recuperación de la autoestima y a restablecer el equilibrio psicológico perdido tras la mastectomía.

Además, indica que la satisfacción del paciente no viene determinada solamente por la intervención quirúrgica como tal, sino que intervienen otros factores de carácter psicológico que se deben abordar teniendo en cuenta que tras la mastectomía es necesario que la atención psicológica se realice de forma individual ya que cada persona tiene una forma de ser y de reaccionar ante los problemas de salud diferente.

**Masiá J, Rodríguez Bauzá E** <sup>(33)</sup> coinciden con Oiz.B y Al-Ghazal SK, en que la reconstrucción mamaria es un proceso que ayuda a recuperar la normalidad y la feminidad perdida tras la mastectomía, pero indica en su artículo que sólo un 30% de las mujeres que han sufrido mastectomía optan por someterse a la reconstrucción mamaria, coincidiendo con los datos estimados por la SECPRE. <sup>(30)</sup>

**Rincón Fernández M.E. et al,** <sup>(34)</sup> realizó un estudio con 72 pacientes con el objetivo de valorar la satisfacción de las personas sometidas a reconstrucción mamaria. En este se realizaron dos grupos, uno de ellos con mujeres mastectomizadas pero sin reconstrucción mamaria y otro en el que si habían sido sometidas a reconstrucción mamaria, estos dos grupos fueron divididos a su vez en otros 4 en función del tipo de cirugía que habían recibido.

Para realizar la valoración se utilizaron una serie de instrumentos: una encuesta psicosocial con 30 ítems sobre datos demográficos y médicos, el cuestionario de calidad de vida para cáncer de mama (*EORTC QLQBR23*) y el test de medición del grado de satisfacción corporal. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Las pacientes reconstruidas presentaron mayor autoestima, satisfacción con el resultado obtenido y calidad de vida que aquellas que no se sometieron a reconstrucción.
- Las pacientes con reconstrucción inmediata presentaron mayores niveles de autoestima que aquellas con mastectomía diferida.
- Las mujeres mastectomizadas experimentaron una mejoría de la imagen corporal y de la calidad de vida tras el paso de un tiempo desde la cirugía.

**Elthair Y. et al,** <sup>(35)</sup> realizó un estudio similar al de Rincon M, en el que participaron 137 mujeres, 92 de ellas sometidas a reconstrucción y 45 mastectomizadas solamente. Tras la comparación de ambos grupos, llegó a la misma conclusión que otros autores anteriores <sup>(31-34)</sup> ya que aquellas que habían sido sometidas a reconstrucción tenían una mejor calidad de vida, mayor satisfacción sexual y menor afectación psicológica. Incluso muchas mujeres tras la reconstrucción mamaria son capaces de retomar su vida sexual anterior. <sup>(22)</sup>

Además, relacionó el nivel educativo con la aceptación de la mama reconstruida, indicando que aquellas mujeres con nivel educativo más bajo mostraban mayor satisfacción que aquellas con nivel educativo más alto, mientras que **Blanco-Sánchez R**<sup>(22)</sup> relacionó el grado de satisfacción con la edad, estableciendo que aquellas mujeres más jóvenes se encontraban menos satisfechas con el resultado ya que tenían expectativas más altas.

### → **Reconstrucción inmediata y diferida**

Los anteriores autores <sup>(31-34)</sup> coinciden en que actualmente la opción más elegida es la reconstrucción inmediata frente a la diferida, puesto que ofrece mejores resultados estéticos, disminuye los costes al ser necesaria solo una intervención y disminuye las repercusiones psicológicas al evitar ver la mama mastectomizada.

Por el contrario, **Roth SR. et al**, <sup>(36)</sup> realizó un estudio con 238 mujeres dónde compara el estado psicológico y funcional prequirúrgico en mujeres candidatas a reconstrucción mamaria inmediata y diferida, indicando que aquellas mujeres que se sometieron a una reconstrucción mamaria inmediata (mastectomía + reconstrucción) experimentaron mayor distrés preoperatorio y ansiedad que aquellas que la realizaron a posteriori. Además señala la importancia de realizar una valoración psicológica preoperatoria para detectar aquellos casos de riesgo y aumentar así la satisfacción del paciente y disminuir las consecuencias psicológicas.

**Harcourt et al** <sup>(37)</sup> apoya con su estudio a Roth SR, en este compara a tres grupos de mujeres (con reconstrucción inmediata, diferida y con mastectomía sin reconstrucción) exponiendo que aquellas mujeres que se sometieron a reconstrucción diferida mostraron menores niveles de ansiedad, depresión y menor deterioro de la imagen corporal en el año siguiente a la cirugía.

|                       | ARTÍCULOS                                                                                                                                                                | FUENTE                  |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>OBJETIVO<br/>4</b> | “Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama”                                                          | <i>Google Académico</i> |
|                       | “ Reconstrucción mamaria y calidad de vida”                                                                                                                              | <i>Dialnet</i>          |
|                       | “Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico”                                                                                                                         | <i>Scielo</i>           |
|                       | “Quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction: comparison of patient-reported BREAST-Q and other health-related quality-of-life measures” | <i>Pubmed</i>           |
|                       | “Quality of life and effective distress in women seeking immediate versus delayed breast reconstruction after mastectomy for breast cancer”                              | <i>Pubmed</i>           |
|                       | “The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study”                                                         | <i>Pubmed</i>           |
|                       | “Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico”                                                                                                    | <i>Elsevier</i>         |
|                       | “ Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction”                         | <i>Pubmed</i>           |

**Tabla 6.** Relación de artículos utilizados en el Objetivo nº4 (Elaboración Propia)

## 5. CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas a partir de la presente Revisión Bibliográfica son las siguientes:

- ❖ Con respecto a las repercusiones psicológicas más habituales tras la mastectomía en estas mujeres existe cierta concordancia. La mayoría de los autores <sup>(21-26)</sup> indican que presentan pérdida de autoestima, alteración de la imagen corporal con rechazo del propio cuerpo (sobre todo en la zona mamaria y axilar) así como una pérdida considerable de la calidad de vida, siendo los sentimientos de miedo, ansiedad y depresión los más habituales.

Coinciden en que estas repercusiones se dan más en mujeres sometidas a cirugía radical que conservadora. Solamente uno de los autores consultados establece que la pérdida de la autoestima es similar en ambos tipos de cirugía. <sup>(27)</sup>

- ❖ Algunos autores relacionan las repercusiones psicológicas con factores como la edad o el nivel educativo <sup>(22,24)</sup>, pero el factor más importante y que más interviene es el tipo de cirugía, indicando que la mastectomía es una de las intervenciones quirúrgicas que más afectación psicológica provoca. <sup>(21,25,26)</sup>
- ❖ La terapia psicológica adquiere gran relevancia ya que el cáncer de mama durante mucho tiempo ha sido abordado simplemente desde una perspectiva médica. Actualmente sabemos que estas mujeres requieren además, de una atención sanitaria que tenga en cuenta la esfera psicológica y que palie el impacto que conlleva el diagnóstico y las consecuencias que supone el tratamiento. <sup>(21,25-27)</sup>
- ❖ La mastectomía es considerada por la mujer como una mutilación de su feminidad, siendo la sexualidad uno de los factores con mayor afectación, ya que en muchas ocasiones con la pérdida de la mama, la mujer pierde la seguridad en sí misma y se siente menos atractiva, manifestando ciertas conductas desadaptativas que tienden al aislamiento, lo que repercute en su vida diaria y en su relación de pareja <sup>(24,28,29)</sup>. Es un aspecto que se debe tener en cuenta ya que en muchas ocasiones pasa desapercibido y no se le da la importancia que debería.

- ❖ Con respecto a la reconstrucción mamaria, la mayoría de los autores <sup>(31-35)</sup> coinciden en que las mujeres que optan por someterse a ella obtienen más beneficios que aquellas que deciden no hacerlo (menor deterioro de la imagen corporal y mejora de la calidad de vida y de la autoestima), pero a pesar de ello los datos revelan que sólo un bajo porcentaje de mujeres la eligen (30%). <sup>(30,33)</sup>
- ❖ Existen grandes discrepancias entre los autores sobre qué tipo de reconstrucción es la más adecuada (inmediata o diferida) estableciendo que la inmediata reduce el impacto emocional ocasionado al ver la mama mastectomizada <sup>(31-34)</sup> y la diferida disminuye los sentimientos de ansiedad y angustia previos a la intervención <sup>(36,37)</sup>. Por lo que la elección de una u otra dependerá del estado físico y psicológico de cada persona previo a la cirugía.

Tras el estudio realizado, se puede afirmar que:

- El impacto que provoca la mastectomía sobre la calidad de vida en estas mujeres es muy alto, por lo que se debe tener en cuenta la terapia psicológica, que constituye un pilar fundamental.
- El porcentaje de mujeres mastectomizadas que optan por la reconstrucción mamaria es bastante bajo, por lo que los profesionales sanitarios deben asegurarse de que estas mujeres reciben la información necesaria para poder tomar la decisión que más beneficios ocasione en su situación.
- Es importante seguir investigando sobre este tema, ya que aunque es cierto que existe abundante bibliografía no se encuentran publicaciones científicas que evalúen de forma específica la calidad de vida de estas personas.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Sebastián Herránz J, Bueno Casas MJ, Mateos de la Calle N. Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. 2004.
2. Global Cancer Observatory [Internet]. Francia: IARC; 2018 [Citado 10 enero 2019]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/>
3. Asociación Española Contra el cáncer [Internet]. España: AECC; 2018 [Citado 12 enero 2019]. Todo sobre el cáncer de mama; [Aprox 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama>
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra. [Citado 19 enero 2019]. Cáncer de mama: prevención y control; [Aprox 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
5. Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama [Internet]. España: GEICAM. [Citado 20 enero 2019]. Investigación en Cáncer de Mama; [Aprox 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.geicam.org/cancer-de-mama>
6. Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. España: SEOM; 2019 [Citado 20 enero 2019]. Las cifras del cáncer en España 2019. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Informe%20SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>
7. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León [Internet]. España. [Citado 26 enero 2019]. Introducción. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guias-aula/cancer-mama/introduccion>
8. American Cancer Society [Internet]. Atlanta. 2017 [Actualizado 21 septiembre 2017, citado 27 enero 2019]. Breast Cancer | Breast Cancer Information & Overview. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer.html>
9. CDC - ¿Qué es el cáncer de mama? [Internet]. Cdc.gov. 2011 [Actualizado 11 septiembre 2018, citado 30 enero 2019]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic\\_info/what-is-breast-cancer.htm](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm)

10. Falcón Vizcaíno O, Falcón Andrés O. Cáncer de mama: Generalidades. En: Lombardía Prieto J, Carreira Gómez M, Rodríguez Prieto I, editores. La mama paso a paso. Madrid: Ergon; 2001. p. 253-58.
11. Soler Gómez M, Garcés Honrubia V, Zorrilla Ayllón I. Cáncer y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007.
12. Hernández Muñoz G, Bernardello Edgardo T, S.D.Barros A. Cáncer de Mama al Día. Médica Panamericana; 2016. Disponible en: <http://www.medicapanamericana.com/VisorEbookV2/Ebook/>
13. Álvarez Martín, J, Mira Vázquez A, López Pardo R. Cáncer de mama: signos y síntomas. En: Lombardía Prieto J, Carreira Gómez M, Rodríguez Prieto I, editores. La mama paso a paso. Madrid: Ergon; 2001. p. 295-98.
14. Pérez Bautista G, Martín de Francisco, J, Rodríguez Merlo R. Anatomía patológica de los tumores mamarios. En: Lombardía Prieto J, Carreira Gómez M, Rodríguez Prieto I, editores. La mama paso a paso. Madrid: Ergon; 2001. p. 287-94.
15. Martínez Martínez B. Prevención del cáncer de mama. En: Lombardía Prieto J, Carreira Gómez M, Rodríguez Prieto I, editores. La mama paso a paso. Madrid: Ergon; 2001. p. 259-65.
16. Junta de Castilla y León (Sacyl) [Internet]. España. [Citado 1 febrero 2019]. Cáncer de Mama: guía informativa. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guias-aula/cancer-mama/guia-informativa-cancer-mama>
17. Díaz-Rubio E, Guillem Porta V, Alfonso M. Oncología médica. M. & C; 2002.
18. National Cancer Institute [Internet]. [Actualizado 11 agosto de 2011, citado 3 febrero 2019]. Biopsia de ganglio linfático centinela. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion/hoja-informativa-ganglio-centinela#q2>

19. Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Seom.org. España. [Citado 6 febrero 2019]. Disponible en: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto\\_n14.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto_n14.pdf)
20. Artuñedo Pe P, Cerquella Hernández C. Tratamiento locorregional. En: Lombardía Prieto J, Carreira Gómez M, Rodríguez Prieto I, editores. La mama paso a paso. Madrid: Ergon; 2001. p. 329-336
21. García-Viniegras CV, González-Blanco M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. Av. Psicol. Latinoam [Internet]. 2007 [Citado 12 febrero 2019]; 25(1):72-80. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242007000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242007000100008&script=sci_arttext)
22. Blanco- Sánchez R. Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico. Enferm. Clin. 2010; 20(6): 327-34.
23. Font A, Cardoso A. Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. Psicooncología. [Internet]. 2009 [Citado 19 febrero 2019]; 6(1):27-42. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120027A>
24. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, et al. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. The Breast Journal [Internet]. 2004 [Citado 23 febrero 2019]; 10(3):223-231. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15125749>
25. Sebastian J, Manos D, Bueno MJ, et al. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Clínica y salud [Internet]. 2007 [Citado 1 marzo 2019]; 18(2): 137-161. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002)
26. Martínez-Basurto AE, Lozano-Arrazola A, Rodríguez-Velázquez AL, et al. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. Gaceta Mexicana de Oncología [Internet]. 2014 [Citado 4 marzo 2019]; 13(1):53-58. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-X1665920114278797>

27. Segura Valverde- M, García-Nieto R, Saúl-Gutiérrez LA. Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. Psicooncología [Internet]. 2014 [Citado 4 marzo 2019]; 11(1): 45-57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4709355>
28. Bueno -Robles LS, Soto-Lesmes VI. Desarrollo investigativo en salud sexual de mujeres con cáncer de mama. Una revisión integrativa. Av enferm [Internet]. 2016 [Citado 12 marzo 2019]; 34(1): 79-87. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n1/v34n1a09.pdf>
29. Vázquez-Ortiz J, Antequera R, Blanco Picabia A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Psicooncología. [Internet]. 2010 [Citado 12 marzo 2019]; 7(2-3): 433-451. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3395131>
30. SECPRE. Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética [Internet]. España. 2018 [Citado 12 marzo 2019]. Disponible en: <https://secpres.org/blog/item/reconstrucci%C3%B3n-mamaria-tras-mastectom%C3%ADa-por-c%C3%A1ncer-de-mama-todo-lo-que-debes-saber?jij=1554320437588>
31. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. Eur J Cancer [Internet]. 2000 [Citado 15 mar 2019]; 36(15): 1938-1943. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11000574>
32. Oiz. B. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. An Sist Sanit Navar. [Internet]. 2005 [Citado 15 marzo 2019]; 28 (supl 2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272005000400003&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000400003&lang=pt)
33. Masià J, Rodríguez Bauzá E. Reconstrucción mamaria y calidad de vida. Psicooncología [Internet]. 2017 [Citado 15 marzo 2019]; 14(2-3): 295-306. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6188861>

34. Rincón Fernández M, Pérez San Gregorio M, Borda Más M, et al. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. UPJ [Internet]. 2010 [Citado 23 marzo 2019]; 11(1):25-41. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/575>
35. Elthair Y, et al. Quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction: comparison of patient-reported BREAST-Q and other health-related quality-of-life measures. Plast Reconstr Surg [Internet]. 2013 [Citado 27 marzo 2019]; 132(2):201-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897347>
36. Roth SR, Lowey JC, Davis J, et al. Quality of life and effective distress in women seeking immediate versus delayed breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. Plast Reconst Surg [Internet]. 2005 [Citado 27 marzo 2019]; 116(4): 993-1002. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16163084>
37. Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR et al. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. Plast Reconstr Surg [Internet]. 2003 [Citado 29 marzo 2019]; 111(3):1060-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12621175>