



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA  
Facultad de Ciencias de la Salud



**TRABAJO FIN DE GRADO  
GRADO EN ENFERMERÍA  
Curso 2017-2018**

**El papel de la enfermera en  
la rehabilitación psicosocial de pacientes  
con mastectomía**

Autora: Helena Quintana del Rosario

Tutora: Josefa María Ramal López

Las Palmas de Gran Canaria, 31 de mayo de 2018

## **RESUMEN**

El cáncer de mama se define como una enfermedad causada por el crecimiento anormal y desordenado de las células que componen los tejidos de la mama, siendo considerado una patología temida por la mayoría de la población femenina, debido a la asociación con la mutilación física y los cambios que ocurren en el estilo de vida de la mujer. Con esta revisión se pretende analizar los beneficios de las intervenciones enfermeras en la rehabilitación psicosocial de las mujeres sometidas a mastectomía. Se parte metodológicamente de una búsqueda bibliográfica específica de la literatura científica publicada entre 2007 y 2017, seleccionada a partir de criterios de inclusión y exclusión. Los resultados dirigen a concluir la importancia que poseen los grupos de apoyo, la capacitación y los cuidados individualizados en la rehabilitación psicosocial, poniendo de relieve la necesidad de una figura sanitaria como es la enfermera, encargada del seguimiento holístico de la mujer.

*Palabras clave: mastectomía, rehabilitación, enfermería.*

## **ABSTRACT**

Breast cancer is defined as a disease that is caused by the abnormal and disordered growth of the cells that make up the tissues of the breast, being considered a pathology feared by the majority of the female population, due to the association with physical mutilation and changes that occur in a woman's lifestyle. This review aims to analyze the benefits of nursing interventions in the psychosocial rehabilitation of women undergoing mastectomy. The methodological starting point is a specific bibliographical search of the scientific literature that is published between 2007 and 2017, selected from inclusion and exclusion criteria. The results aim to conclude the importance of support groups, training and individualized care in psychosocial rehabilitation, highlighting the need for a health figure such as the nurse, responsible for the holistic monitoring of women.

*Keywords: mastectomy, rehab, nursing.*

<b>ÍNDICE</b>	<b>Págs.</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. METODOLOGÍA</b>	<b>3</b>
<b>III. RESULTADOS</b>	<b>6</b>
<b>IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>10</b>
<b>IV. CONCLUSIONES</b>	<b>17</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>18</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama se define como una enfermedad causada por el crecimiento anormal y desordenado de las células que componen los tejidos de la mama<sup>1</sup>, siendo considerado una patología temida por la mayoría de la población femenina, debido a la asociación con la mutilación física y los cambios que ocurren en el estilo de vida de la mujer<sup>1</sup>.

El cáncer de mama está considerado un problema mundial de salud pública, siendo el segundo tipo de cáncer más frecuente en el mundo y la causa más común de muerte por cáncer en mujeres<sup>1</sup>. Las estadísticas indican que en las últimas décadas se ha registrado un aumento diez veces superior al establecido en las tasas de incidencia de este tipo de neoplasia, tanto en los países desarrollados, como en los países en desarrollo<sup>2</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cerca de 1.050.000 nuevos casos de cáncer de mama ocurren en todo el mundo y que en España afecta a entre 22.000 y 25.000 mujeres cada año<sup>1-3</sup>.

El riesgo de padecer este tipo de cáncer está estrechamente ligado al estilo de vida y a la longevidad de los individuos. Se estima que el 80% de las mujeres con cáncer de mama posee una edad superior a los 50 años y/o se encuentran en el periodo de la menopausia<sup>2</sup>. Otros factores de riesgo son la ubicación geográfica, la menarquia precoz, la menopausia tardía, una edad superior a 32 años en el primer parto, la obesidad, la exposición a irradiación, el consumo de alcohol, la alimentación inadecuada, el uso de contraceptivos orales en edad joven antes del primer embarazo, la terapia de sustitución hormonal, el tabaquismo y los antecedentes familiares<sup>2</sup>.

Haciendo referencia a las modalidades terapéuticas existentes, destaca la cirugía, denominada mastectomía. Esta cirugía puede ser parcial o total<sup>3</sup>. Por un lado, la intervención parcial está indicada para los tumores de hasta tres centímetros de diámetro, siendo la cuadrantectomía el tipo de mastectomía más frecuente, por el cual un cuadrante de tejido afectado es retirado de la mama<sup>3</sup>. Por otro lado, la mastectomía total supone la completa retirada del tejido mamario del lado afecto, considerando que cuanto mayor es su extensión, mayor es la probabilidad de complicaciones postoperatorias como, por ejemplo, el linfedema, la cicatrización y el dolor, entre otros<sup>4</sup>. No obstante, aun siendo considerada una intervención efectiva para el tratamiento del cáncer de mama, resulta un procedimiento quirúrgico agresivo y mutilador<sup>3-5</sup>. La respuesta a dicho procedimiento es individual y puede guardar relación con factores como la edad, el estado emocional y la situación económica<sup>1</sup>.

Por ello, existen no solo cuidados postoperatorios como la actividad física, destinados a la rehabilitación motora<sup>4</sup>, sino que también se postulan otro tipo de actividades que permiten a las mujeres comprender las modificaciones físicas y psíquicas que experimentan, secundarias al tratamiento del cáncer y que es preciso abordar<sup>6</sup>. Entre estas actividades se encuentra el apoyo psicosocial, el cual se entiende como el proceso de interacción entre personas o grupos, en los que se establece la ayuda mutua y se ofrece apoyo afectivo o material; este apoyo<sup>6</sup>, provoca un efecto directo sobre el bienestar y promueve la mejora de los aspectos psicoemocionales de las personas en el proceso de recuperación de su salud<sup>1,4,6</sup>. Este abordaje más integral será identificado en este trabajo como desarrollo de medidas rehabilitadoras psicosociales.

En la actualidad en España, se ponen a disposición de los usuarios una gran variedad de programas de prevención, dirigidos por personal sanitario que se centran en la autoexploración y eliminación de factores de riesgo que aumenten la probabilidad de padecer dicha patología<sup>7</sup>. Sin embargo, cuando la enfermedad está instaurada y tras la intervención quirúrgica, el seguimiento por parte de los profesionales sanitarios suele reducirse a revisiones mensuales o anuales<sup>8</sup>, en las cuales se abordan cuestiones relacionadas con la patología, problemas acerca del tratamiento prescrito o el tratamiento de los dolores secundarios a la intervención<sup>8,9</sup>. A su vez, un gran porcentaje de los pacientes intervenidos presentan otros problemas a los que también es preciso atender, aspectos como la ansiedad, el estrés o la inseguridad que muchas veces por desconocimiento, no son capaces de resolver de manera eficaz por sí mismas, y que afectan de manera significativa a sus relaciones personales, a su autoimagen, a su carrera profesional y a su estilo de vida<sup>4,6,10,11</sup>.

Un abordaje psicosocial que se identifica necesario y que está ausente en los programas de intervención post-mastectomía en nuestro país<sup>8-9</sup>, ofreciendo escasos recursos tras la intervención y que sugiere el interrogante de ¿qué papel pueden desempeñar las enfermeras cumplimentando la intervención psicosocial de estos programas? ¿Pueden las intervenciones enfermeras influir en la calidad de los cuidados ofrecidos y en la calidad de vida de las mujeres que son sometidas a mastectomía? Estas y otras cuestiones asociadas justifican la realización de esta revisión, cuyos objetivos son:

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar los beneficios de las intervenciones enfermeras dirigidas a la rehabilitación psicosocial de mujeres sometidas a mastectomía, mediante la revisión de la literatura científica publicada en el periodo 2007-2017.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar las implicaciones emocionales que la intervención de mastectomía supone para las mujeres tras la cirugía.
2. Revisar las intervenciones enfermeras más eficaces dirigidas al cuidado holístico de la mujer sometida a mastectomía.
3. Analizar los efectos de la rehabilitación psicosocial en la calidad de vida de las mujeres con mastectomía.

## **2. METODOLOGÍA**

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la rehabilitación psicosocial en mujeres con mastectomía y los cuidados enfermeros aplicados. Las principales bases de datos consultadas han sido PubMed, LILACS, ProQuest, Cuiden; así como las bibliotecas virtuales Scielo y Enferteca.

En la estrategia de búsqueda de los estudios se empleó las palabras clave "*mastectomía*", "*rehabilitación*", "*enfermería*". Los descriptores o palabras clave se emplearon tanto en español –según la terminología de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) – como en inglés – "*mastectomy*" AND "*rehab*" AND "*nursing*", según los Medical Subjects Headings [MeSH] –, en las bases escogidas. Dos ejemplos de las estrategias de búsqueda en las distintas bases de datos, PubMed y LILACS se presentan en las figuras 1 y 2. Los resultados de la búsqueda se exponen en la tabla 1 y como diagrama de flujo en la Figura 3. Los filtros utilizados incluyen "*textos gratuitos, artículos completos, publicados entre 2007-2017, realizados en humanos, en español, inglés y portugués*". La búsqueda y selección de los estudios se efectuó entre los meses de enero a mayo de 2018.

("mastectomy, simple"[MeSH Terms] OR ("mastectomy"[All Fields] AND "simple"[All Fields]) OR "simple mastectomy"[All Fields] OR "mastectomy"[All Fields] OR "mastectomy"[MeSH Terms]) AND ("rehabilitation"[MeSH Terms] OR "rehabilitation"[All Fields] OR "rehab"[All Fields]) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2007/02/28"[PDat] : "2017/02/24"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])

Figura 1. Ejemplo de estrategia de búsqueda en PubMed.

(mastectomía AND enfermería AND rehabilitación AND (instance:"regional") AND (fulltext:(("1") AND db:(("LILACS")) AND limit:(("humans")) AND la:(("pt" OR "en" OR "es")) AND year\_cluster:(("2012" OR "2007" OR "2010" OR "2008" OR "2011"))

Figura 2. Ejemplo de estrategia de búsqueda en LILACS.

Base de datos	Nº de artículos encontrados	Nº de artículos seleccionados por seguimiento	Nº de artículos desestimados por contenido	Nº de artículos desestimados por duplicados	Total de artículos
PudMed	8	-	2	-	6
LILACS	8	-	-	1	7
ProQuest	4	-	2	-	2
Cuiden	14	-	3	8	3
Scielo	7	-	-	3	4
Enferteca	40	-	36	-	4
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>12</b>	<b>26</b>

Tabla 1. Sistemática de búsqueda.

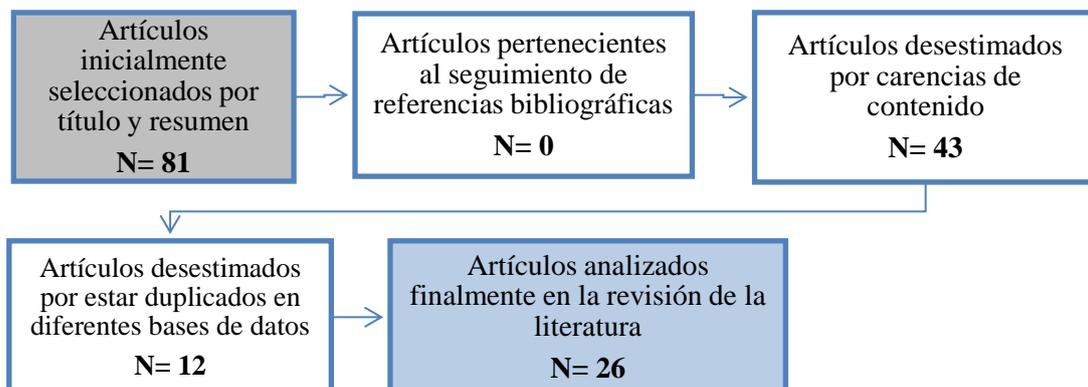


Figura 3. Diagrama de flujo, estrategia de búsqueda en bases de datos.

Los artículos seleccionados fueron clasificados atendiendo a los niveles de evidencia y a los grados de recomendación de la *Centre for Evidence-Based Medicine* (Oxford), (CEBM)<sup>12</sup>, una escala que se caracteriza por valorar la evidencia según el área temática o escenario clínico y el tipo de estudio que involucra al problema clínico en cuestión y que se detallan en las tablas 2 y 3.

Tabla VI. Niveles de evidencia (CEBM)

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
1c	Práctica clínica ("todos o ninguno") (*)
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad.
2b	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad (**)
2c	<i>Outcomes research</i> (***), estudios ecológicos.
3a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad.
3b	Estudio de casos y controles.
4	Serie de casos o estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad (****)
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, <i>bench research</i> o <i>first principles</i> (*****)

Se debe añadir un signo menos (-) para indicar que el nivel de evidencia no es concluyente si:

- Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza amplio y no estadísticamente significativo.
- Revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa.

(\*) Cuando todos los pacientes mueren antes de que un determinado tratamiento esté disponible, y con él algunos pacientes sobreviven, o bien cuando algunos pacientes morían antes de su disponibilidad, y con él no muere ninguno.

(\*\*) Por ejemplo, con seguimiento inferior al 80%.

(\*\*\*) El término *outcomes research* hace referencia a estudios de cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben.

(\*\*\*\*) Estudio de cohortes: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas y/o sin seguimiento completo y suficientemente prolongado. Estudio de casos y controles: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas.

(\*\*\*\*\*) El término *first principles* hace referencia a la adopción de determinada práctica clínica basada en principios fisiopatológicos.

Tabla 2. Niveles de evidencia de la CEBM<sup>12</sup>

Tabla VII. Grados de recomendación (CEBM)

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A	Estudios de nivel 1.
B	Estudios de nivel 2-3, o extrapolación de estudios de nivel 1.
C	Estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2-3.
D	Estudios de nivel 5, o estudios no concluyentes de cualquier nivel.

La extrapolación se aplica cuando nuestro escenario clínico tiene diferencias importantes respecto a la situación original del estudio.

Tabla 3. Grados de recomendación de la CEBM<sup>12</sup>.

### 3. RESULTADOS

AUTOR/ES	AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN	RESULTADOS	OBSERVACIONES Y LIMITACIONES
Lope MI, Larena M, Perucho C, Araujo A, Hernández LL <sup>13</sup> .	2017	Cáncer de mama.	Revisión narrativa.	1a	A	Aborda los cuidados específicos enfermeros de la mujer con mastectomía.	No se han encontrado limitaciones.
Schneider HJ, Bones RK, Calderón UM, Pizzinato A <sup>7</sup> .	2016	El autocuidado y apoyo social de mujeres de un proyecto de seguimiento mamográfico en Porto Alegre/Brasil.	Estudio caso-control.	3b	B	Casos, n= 37 (mujeres con cáncer de mama), Control, n=72. Aborda el autocuidado. Identifica el impacto del apoyo social.	Limitado tamaño de la muestra, aunque comparan las variables estudiadas. Selección de la muestra por conveniencia.
Miaskowski C, Paul SM, Cooper B, West C, Levine JD, Elboim C, et al <sup>14</sup> .	2014	Identification of patient subgroups and risk factors for persistent arm/shoulder pain following breast cancer surgery.	Estudio longitudinal prospectivo.	2a	B	N total=394 mujeres. No dolor, n=164 (41.6%). Dolor leve, n=230(23.6%). Dolor moderado, n=137 (34.8%). Evalúa la prevalencia y características del dolor mamario persistente.	Sugiere evaluar las diferencias en los protocolos quirúrgicos y de manejo del dolor postoperatorio.
Mucinhato ADC, Dos Santos MA <sup>15</sup> .	2014	Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão.	Revisión integrativa.	1a	A	N= 12 estudios (8D,3E,1C). Aborda la importancia del apoyo social, desde el diagnóstico hasta la rehabilitación biopsicosocial.	No se han encontrado limitaciones.
Hubbard G, Gray NM, Ayansina D, Evans JMM, Kyle RG <sup>16</sup> .	2013	Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial.	Ensayo control aleatorizado experimental.	1a	A	N= 22 mujeres (Grupo control n=14, intervención n=8). Aborda el trabajo, calidad de vida y fatiga relacionado con el período post-mastectomía.	Dificultad de algunas mujeres para aceptar participar en el estudio y dar sus datos.
Moreira CB, Fernandes AFC, Gomes AMF, Silva AML, Santos MCL <sup>17</sup> .	2013	Educational strategy with mastectomized women: experience report.	Estudio descriptivo cualitativo.	4	C	N=28 mujeres con mastectomía. Aborda la necesidad de redes sociales de apoyo y de estrategias de educación sobre el asunto.	Por el tipo de estudio sus resultados no son generalizables.
Fernandes AFC, Bonfim IM, Araújo IMA, Da Silva RM, Barbosa ICFJ et al <sup>18</sup> .	2012	Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada.	Estudio cualitativo.	4	C	N= 11 familiares de pacientes con mastectomía. Aborda el significado del cuidado familiar prestado a la mujer.	No se han encontrado limitaciones.
Caetano EA, Panobianco SM, Gradim CVC <sup>6</sup> .	2012	Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas.	Revisión integrativa.	1a	A	N= 5 estudios (experimentales y no experimentales). Evidencia el beneficio de la inserción de mujeres con cáncer de mama en grupos de apoyo.	No se ofrecen evidencias científicas de fuerte consideración. Indexación de artículos por medio de los descriptores controlados.

Petito EL, Nazário ACP, Martinelli SE, Facina G, De Gutiérrez MGR <sup>3</sup> .	2012	Aplicación de un programa de ejercicios domiciliarios en la rehabilitación del hombro después de cirugía por cáncer de mama.	Investigación cuasi experimental.	2b	B	N=64 mujeres con mastectomía. Evalúa la efectividad de un programa de ejercicios para la recuperación de la amplitud del movimiento del hombro.	Ausencia de grupo de control.
Furlan MCR, Bernardi J, Vieira AM, Dos Santos MCC, Marcon SS <sup>4</sup> .	2012	Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social.	Estudio descriptivo cualitativo.	4	C	N= 3 mujeres sometidas a mastectomía. Aborda la percepción acerca del apoyo social recibido en el enfrentamiento del cáncer de mama y de la cirugía.	Limitado tamaño de la muestra. Por el tipo de estudio sus resultados no son generalizables. Altamente probable que no se haya saturado el discurso.
Primo CC, Gonçalves LRN, Olympio PCAP, Leite FMC, Amorim MHC <sup>10</sup> .	2012	Ansiedad en mujeres con cáncer de mama.	Estudio descriptivo cuantitativo.	4	C	N= 84 mujeres con mastectomía. Evalúa el indicio y estado de ansiedad, en relación con variables demográficas y clínicas. Ansiedad relacionada con el tiempo de inserción en el programa.	Por el tipo de estudio sus resultados no son generalizables.
Carvalho APR, Dos Santos TMB, Linhares FMP <sup>19</sup> .	2012	Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas.	Estudio descriptivo exploratorio.	4	C	N= 11 mujeres con mastectomía. Elabora un plan de cuidados de Enfermería con el discurso de las mujeres sobre la promoción del autocuidado.	Limitado conocimiento de las mujeres acerca de los cuidados necesarios. Por el tipo de estudio sus resultados no son generalizables.
Oliveira MS, Santos MCL, Almeida PC, Panobianco MS, Fernandes AFC <sup>20</sup> .	2012	Evaluación de manual de educación como una estrategia para el conocimiento de las mujeres con mastectomía.	Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo.	4	C	N=125 mujeres con mastectomía. Evalúa el conocimiento de las mujeres acerca de cuestiones relacionadas al cáncer de mama, mediante la lectura de manual educativo. Resultados positivos tras la evaluación.	Manual educativo no es suficiente para la adopción de prácticas saludables de salud. Por el tipo de estudio sus resultados no son generalizables.
Alves PC, Barbosa ICFJ, Caetano JA, Fernandes AFC <sup>1</sup> .	2011	Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura.	Revisión bibliográfica.	1a	A	N=21 estudios. Aborda los cuidados de enfermería en el preoperatorio de mastectomía y el papel de la enfermería en la rehabilitación de las mujeres con mastectomía.	No especifica tipo de estudios.
Kyle RG, Culbard B, Evans J, Gray NM, Ayansina D, Hubbard1 G <sup>21</sup> .	2011	Vocational rehabilitation services for patients with cancer: design of a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial among women with breast cancer following surgery.	Ensayo piloto aleatorizado controlado.	1a	A	N=350 mujeres con mastectomía. Aborda la eficacia de la rehabilitación entre las mujeres para que permanezcan o se puedan incorporar a sus puestos de trabajo.	Únicamente los pacientes diagnosticados con carcinoma ductal in situ (DCIS) son excluidos.
Panobianco MS, Sampaio BAL, Caetano EA, Inocenti A, Gozzo TO <sup>2</sup> .	2010	Comparaçao da cicatrizaçao pós-mastectomia entre mulheres portadoras e não-portadoras de diabetes mellitus.	Estudio de corte transversal, cuantitativo.	2b	B	N=22 mujeres con mastectomía (11 diabéticas, 11 no diabéticas). Compara el proceso de cicatrización postquirúrgica entre 2 grupos. Las	Limitado tamaño de la muestra. Se sugiere la realización de estudios con muestras mayores.

						diabéticas sufrieron más complicaciones.	
Primo CC, Leite FMC, Amorim MHC, Sipioni RM, DDos santos SH <sup>22</sup> .	2010	Using the International Classification for Nursing Practice in the care of women with mastectomy.	Estudio retrospectivo cuantitativo.	2a	B	N=239 mujeres con mastectomía. Aborda la caracterización del perfil de la mujer para identificar los diagnósticos de enfermería más comunes y elaborar intervenciones para cada diagnóstico.	Datos de recolección incompletos. No hubo investigaciones sobre los artículos que mejor caracterizan las disfunciones de salud de los pacientes.
Blanco R <sup>23</sup> .	2010	Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama.	Estudio cualitativo.	4	C	N= 30 mujeres con mastectomía. Analiza las vivencias de las mujeres relacionadas con su sexualidad, factores influyentes y la desestructuración familiar.	No se han encontrado limitaciones.
Panobianco MS, Parra MV, De Almeida AM, Prado MAS, De Magalhães PAP <sup>24</sup> .	2009	Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas.	Estudio transversal descriptivo cualitativo.	4	C	N=65 mujeres con mastectomía. Aborda la adhesión a las estrategias para la prevención y tratamiento del linfedema.	Son necesarias clarificaciones convincentes de la necesidad de adhesión a las estrategias de prevención y control, ante la severidad de las complicaciones debidas al linfedema. Por el tipo de estudio sus resultados no son generalizables.
Abella M, Aguilera M <sup>8</sup> .	2009	Atención a la mujer con cáncer de mama.	Revisión narrativa.	1a	A	Aborda el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.	No se centra en el ámbito psicosocial.
Hsieh CC, Spod LK, Hydock DS, Carter SD, Hayward R, Schneider CM <sup>25</sup> .	2008	Effects of a Supervised Exercise Intervention on Recovery from Treatment Regimens in Breast Cancer Survivors.	Estudio cuasi experimental.	2b	B	N=96 mujeres con mastectomía. Investiga los efectos del entrenamiento físico supervisado en la función cardiopulmonar y la fatiga. El ejercicio moderado se evidencia como el más beneficioso.	El tamaño de la muestra es escaso y su composición proviene del mismo lugar geográfico. Falta de un grupo control sin ejercicio.
Oliveira MS, Souza AMA, Fernandes AFC <sup>5</sup> .	2008	Grupo apoyo/soporte: espacio de rehabilitación para mujeres mastectomizadas.	Estudio retrospectivo.	2a	B	N=25 mujeres con mastectomía. Aborda la dinámica de un grupo de apoyo/soporte a la mujer con mastectomía.	No se han encontrado limitaciones.
Gutiérrez MGR, Bravo MM, Chanes DC, Vivo MCR, Souza GO <sup>26</sup> .	2007	Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação.	Estudio prospectivo.	2a	B	N=28 mujeres con mastectomía. Aborda la adhesión de las mujeres al inicio de un programa de rehabilitación temprana del movimiento del hombro e identificar las dificultades en los ejercicios y actividades de vida diaria.	Se necesita de un mejor control del dolor postoperatorio.
Yélamos C, Montesiones F, Eguino A, Fernández B.	2007	“Mucho x Vivir”. Atención psicosocial para mujeres con cáncer de mama.	Estudio descriptivo.	4	C	N=12.000 mujeres con mastectomía Aborda el apoyo a la mujer gracias a la atención psicológica individual y grupal, atención social, actividades de	Por el tipo de estudio sus resultados no son generalizables.

González A, De Paredes MG <sup>27</sup> .						ocio y tiempo libre, prevención y rehabilitación del linfedema, inserción laboral, voluntariado testimonial e información a través de internet.	
Zorrilla I <sup>9</sup> .	2007	Cáncer de mama.	Revisión narrativa.	1a	A	Aborda el tratamiento quimioterápico del cáncer de mama.	No se centra en el ámbito psicosocial.
García-Carpintero E <sup>11</sup> .	2007	¿Cómo afrontar el cáncer de mama? El papel de la enfermera.	Revisión narrativa.	1a	A	Analiza el papel de la enfermera en los cuidados de la mujer con mastectomía.	No se han encontrado limitaciones.

Tabla 4. Características y clasificación de los estudios seleccionados en la búsqueda.

## 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La mastectomía es una intervención quirúrgica indicada cuando a las personas se les diagnostica un cáncer de mama<sup>1</sup>. Supone una agresión física, al implicar la extirpación parcial o total de la mama enferma y/o de la cadena ganglionar homolateral<sup>8</sup> en caso de afectación<sup>1</sup>, representando un problema que por su incidencia aparece más en mujeres que en hombres<sup>2</sup>.

*Las implicaciones emocionales que este tipo de intervención supone para las mujeres,* empiezan ya, desde el primer momento, en el que a la mujer se le informa del diagnóstico de cáncer de mama. La noticia de la enfermedad es vivida como una experiencia altamente dolorosa y traumática<sup>18</sup>. Genera el denominado “shock psicológico<sup>11</sup>” debido al impacto que la mujer percibe sobre su supervivencia, su imagen personal y su autoestima, sobre su sexualidad, sus relaciones sociales y laborales, entre otros<sup>15</sup>. Este impacto, según recogen los autores, es mucho más significativo que las intervenciones en cualquier otro tipo de cáncer<sup>1</sup>. La mastectomía adquiere fundamentalmente el significado de pérdida y mutilación física, cuya respuesta es personal e individual, estando relacionada con factores como la edad, el estado emocional y la situación socioeconómica<sup>1,15</sup>.

El diagnóstico de la enfermedad se asocia, según los estudios<sup>1,5,10</sup>, con la descripción de estados de ánimo, tales como, la disminución del nivel anímico, la preocupación, el miedo y la ansiedad. Estos estados determinan no solo su aislamiento, si no que generan inseguridad para afrontar la situación que está por vivir, además de la alteración de la rutina diaria y consecuentemente aboca a la mujer a un estado emocional de inquietud, rumiación y merma de su calidad de vida<sup>15</sup>.

En muchas ocasiones cuando el diagnóstico es confirmado, la mujer tiende a focalizar su atención en el bienestar de su familia, desplazando el foco principal de atención a sus preocupaciones<sup>18</sup>, lo que determina que las mujeres lleguen incluso, a asumir en soledad el tratamiento y a ocultar su sufrimiento personal en un intento de proteger<sup>5,15</sup>. Durante este período de difícil asimilación, la mujer necesitará del apoyo social y familiar para hacer frente a los problemas cotidianos que van a aparecer y la readaptación necesaria previa al diagnóstico<sup>6</sup>. Sin embargo, con frecuencia, la persona sale de la consulta médica con un diagnóstico terrible y con numerosas dudas que no sabe con quién consultar, ni cómo resolver<sup>11</sup>.

Entre las preocupaciones más frecuentes que centran su atención en un primer momento, se encuentran el miedo a la futura mutilación y la posibilidad de encontrar la muerte<sup>1,19</sup>. Sin embargo, tras la operación quirúrgica estas inquietudes se transforman en un sentimiento de

ambivalencia. Por un lado, el alivio que siente ante el éxito de la operación y la esperanza de curación<sup>1</sup>, y por otro, persiste el sentimiento de miedo de la recidiva de la enfermedad y/o de sus posibles complicaciones<sup>17,19</sup>. De esta forma, en el periodo post intervención, la mujer comienza a experimentar una serie de cambios en múltiples aspectos de su vida y el proceso de enfermedad supone un importante impacto personal, que puede llegar a desestabilizar su salud física, psicológica y social<sup>22,24</sup>.

Uno de los síntomas que resulta más difícil de manejar y que genera en las mujeres intensa preocupación es el dolor postoperatorio<sup>14</sup>. Al respecto, diversos autores confirman que el dolor persistente tras la cirugía se manifiesta entre el 25% y el 60% de las pacientes intervenidas<sup>14,26</sup>, y justifican que la percepción de este puede generar miedo en la persona<sup>1</sup>. Este malestar físico, a menudo se asocia con dificultades en el movimiento del hombro homolateral, trastornos del ánimo y merma en la calidad de vida, generando la disminución del funcionamiento personal<sup>3,14</sup>.

Por otro lado, otro de los problemas asociados a la cirugía es el sentimiento de inseguridad que evoca en la mujer el desconocimiento del procedimiento quirúrgico<sup>1,13</sup>, ya que, indistintamente de la técnica quirúrgica empleada para tratar esta patología, ninguna se encuentra exenta de complicaciones, tales como, la infección y/o la dehiscencia de la herida quirúrgica<sup>4,13</sup>. Además, existen diferentes factores que pueden presentarse como complicación y pueden retrasar o impedir la correcta cicatrización como la existencia local de cuerpos extraños y/o problemas sistémicos asociados (al respecto, cabe mencionar que la integridad de la piel puede verse afectada por lesiones vasculares, alteraciones hemodinámicas<sup>1</sup> o por patologías de base como la diabetes mellitus<sup>2</sup>), la situación de inadecuada hidratación o desnutrición<sup>1</sup> (debido a la deficiencia de proteínas, vitamina C o Zinc). Todo ello, se añade a los motivos de preocupación de la mujer tras la cirugía<sup>1</sup>.

Cuando la intervención conlleva además de la cirugía de la mama, la extirpación de la cadena ganglionar linfática del mismo lado aparece con frecuencia otra complicación postquirúrgica denominada "linfedema"<sup>19,24</sup>. Se define este, como la inflamación de los tejidos blandos del miembro superior anexo a la mama intervenida, por la acumulación de líquido intersticial, generado por una deficiente circulación del flujo linfático. Esta complicación puede desencadenar asimetrías posturales, además de la pérdida de fuerza muscular, el desencadenamiento de la tensión muscular, el dolor y el aumento de peso del miembro afectado<sup>24</sup>. Todo ello, puede comprometer la imagen corporal y la intimidad de la persona,

generando sentimientos y/o padecimientos emocionales y afectar de manera significativa su autoestima<sup>19</sup>.

En relación con el desajuste psicosocial secundario a la intervención, se pueden diferenciar dos grandes grupos de problemas. El primero de ellos, representado por el malestar emocional, se puede ver reflejado en la expresión de ansiedad y/o depresión por parte de la mujer<sup>27</sup>, debido a que, por su alta prevalencia y la magnitud de sus repercusiones, el cáncer de mama es una de las enfermedades que más miedo y angustia suscita entre las mujeres<sup>15</sup>. Los autores<sup>5,10</sup> reconocen que la ansiedad a menudo se genera a raíz de la inexperiencia de la persona para afrontar los problemas que surgen tras la intervención y establecen que cada año afecta a un porcentaje mayor de mujeres<sup>1</sup> influye directamente en el proceso de recuperación<sup>27</sup>. La mujer siente cómo su rutina de vida se ve alterada de forma significativa, principalmente a consecuencia del tratamiento farmacológico postquirúrgico, tales como, el uso de quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, tamoxifeno, entre otros<sup>9</sup>; y de la experimentación personal de sus efectos secundarios y/o adversos<sup>8</sup>, que determinan, vivir en un estado de estrés con sentimientos permanentes de miedo al pronóstico y a la dependencia de otras personas<sup>27</sup>.

A pesar de que son numerosos los autores<sup>10,19,26</sup> que identifican la ansiedad como un problema frecuente en la vida de la mujer, solo se ha localizado un estudio<sup>10</sup> que se centra en el tratamiento de la ansiedad, como una complicación real que precisa de cuidados específicos. En este estudio se identifica que, de manera aproximada, la ansiedad se presenta en el 80% de esta población y que existe una variedad de factores que pueden contribuir a su incremento. Entre estos factores, destacan la condición económica, la imagen estética y el entorno social que rodea al individuo, escenarios sobre los que se deben tomar medidas<sup>10,21</sup>.

El segundo desajuste psicosocial que la mujer experimenta, hace referencia a la importancia de las relaciones interpersonales (familiares y pareja)<sup>27</sup>, además de dificultades sexuales<sup>23</sup>. En relación con la intervención quirúrgica, varios autores<sup>1,11,19</sup> coinciden en que la mastectomía supone un proceso traumático para la paciente, que influye en las relaciones afectivas debido al gran impacto que supone en la sexualidad, la autoimagen y la estética. Un gran porcentaje de las mujeres identifican el pecho como símbolo de feminidad<sup>1</sup>, que además posee una importante función en la producción de leche materna. Por ello, la mastectomía se constituye un problema para aquellas mujeres en edad fértil que desean tener un hijo y optan por la lactancia materna<sup>19</sup>.

Por consecuencia, la pérdida de la mama es vivida por la persona como una experiencia que puede disminuir su autoestima<sup>10</sup>. Este hecho repercute en la desestructuración familiar<sup>23,27</sup>

debido a la distorsión de la imagen corporal, que contribuye directamente en la renuncia y/o disminución de relaciones sexuales por parte de la mujer<sup>23</sup>. Todo ello, posibilita la pérdida de la pareja sentimental y, consecuentemente, al sentimiento de abandono y soledad<sup>1,10,19,23</sup>.

A su vez, la reducción o ausencia de apoyo social, puede afectar gravemente a la mujer, haciéndola más susceptible a sentimientos de estrés y al estado de depresión<sup>7,15,17</sup>. Esta disminución del apoyo puede ir asociada a una desorientación familiar debido a que la familia también atraviesa un proceso de adaptación que comprende sentimientos de estrés, miedo e incertidumbre, emociones que cuestionan su preparación para asumir la nueva situación<sup>4,18</sup>.

Haciendo referencia a la situación económica de la mujer, la estabilidad financiera y el temor a la pérdida del puesto de trabajo son varios aspectos que suscitan una gran preocupación en la paciente con mastectomía<sup>21</sup>. En Europa, gracias a las mejoras en la supervivencia del cáncer, se ha incrementado el número de personas en edad laboral que viven con esta patología<sup>21</sup>. Tras la intervención, el 80% de estas mujeres regresa al trabajo en un estado emocional inestable, presentando, de esta manera, un mayor riesgo de desempleo que aquellos que se ausentan por otro tipo de razones. A su vez, la duración de la ausencia laboral se relaciona directamente con el riesgo de que las mujeres adopten la decisión de abandonar definitivamente el trabajo<sup>16</sup>.

***En relación con las intervenciones enfermeras dirigidas al cuidado de la mujer sometida a mastectomía***, se centran, en un primer momento, en los cuidados físicos postquirúrgica. En primer lugar, se presta atención al dolor postquirúrgico<sup>14,26</sup> y se ponen en marcha procedimientos que intentan paliarlo con un mejor control gracias a revisiones en la pauta analgésica y ejercicios que favorezcan la amplitud homolateral del hombro, pautados por el profesional pertinente, que poco a poco ayuden a recobrar la movilidad de la zona<sup>14</sup>. Diversos estudios<sup>14,26</sup> demuestran que la inmovilización total del miembro tras la cirugía es la responsable de la aparición de fibrosis, retracciones y adherencias, limitando la amplitud de los movimientos y aumentando el riesgo de la aparición del linfedema<sup>24</sup> y otras complicaciones. Todas estas medidas posibilitan una recuperación precoz que le permite a la persona retomar su ritmo y calidad de vida<sup>14,26</sup>.

Por otra parte, la enfermera debe realizar el seguimiento del proceso cicatricial<sup>2,13</sup>. La mastectomía es una intervención invasiva que, asociada a la agresividad de un tratamiento inmunosupresor<sup>9</sup>, puede peligrar la correcta higiene de la zona intervenida, provocando la infección de la herida quirúrgica<sup>13</sup>. Por lo tanto, mantener las normas de asepsia, fomentar una ingesta nutricional adecuada y proporcionar cuidados en zonas edematosas son las medidas a seguir para la prevención de esta complicación<sup>13</sup>. Además, entre las labores enfermeras se

encuentra la transmisión de conocimientos a la mujer y a sus familiares acerca de los signos y síntomas de infección más frecuentes<sup>2</sup>.

Asimismo, aquellas mujeres que, a su vez, presenten patologías de base (p.ej. diabetes mellitus) deben seguir de manera especial las recomendaciones de higiene transmitidas por el profesional sanitario. Se ha comprobado que, mientras que la dehiscencia de la herida afecta de manera similar a todas las mujeres, la presencia de exudado, olor y signos de infección/inflamación, es mayor entre mujeres con dichas patologías. Esto último, perjudica gravemente el proceso cicatrizante<sup>2</sup>.

En cuanto al linfedema, diversos autores<sup>19,24</sup> coinciden en que la realización de acciones preventivas como el drenaje linfático y/o movimientos del miembro afectado, son necesarias para la adecuada circulación linfática. De esta manera, se consigue prevenir la aparición de este. Esta complicación conlleva en las mujeres perjuicios físicos y emocionales, por lo que es imprescindible evaluar constantemente el miembro afectado, realizando un seguimiento sobre cambios ortopédicos, coloración y aspecto de la piel<sup>19</sup>. La perimetría es un método que se utiliza para valorar el linfedema mediante la medición de la circunferencia de ambos miembros superiores<sup>24</sup>. No obstante, los mismos autores<sup>19,24</sup> confirman que, a pesar de que las mujeres poseen conocimientos sobre cómo evitar dicha complicación, no son conscientes de la necesidad e importancia de la puesta en marcha de estas estrategias. Por este motivo, es necesario que los profesionales trabajen conjuntamente, enfatizando la prevención de estas complicaciones<sup>13,19,24</sup>, desde el momento en el cual se le confirma a la paciente que va a ser intervenida, con el fin de evitar problemas en futuros<sup>2,14,26</sup>.

A su vez, existen estudios<sup>6,19,25</sup> que evidencian los efectos positivos que el ejercicio físico precoz posee en un individuo intervenido de mastectomía, pues previene numerosas complicaciones. Dichos autores coinciden en que los ejercicios de intensidad moderada prescritos por el profesional pertinente son esenciales para la rehabilitación motora. Su función es mantener y/o mejorar la función cardiopulmonar, reduciendo la debilidad muscular<sup>25</sup>, independientemente del tratamiento coadyuvante utilizado en el cáncer de mama<sup>9</sup>. A su vez, psicológicamente, el ejercicio reduce significativamente la fatiga conductual, afectiva y sensorial, acortando el tiempo de recuperación y reinserción social y laboral<sup>19,21</sup>.

Haciendo referencia a las intervenciones enfermeras que ayudan a las mujeres con mastectomía en el ámbito psicosocial se destacan, en primer lugar, los grupos de apoyo<sup>4,6</sup>. Numerosos autores<sup>4,6,7,10,15</sup> evidencian que la integración de mujeres con cáncer de mama en grupos

favorece su rehabilitación holística. Además, comentan que la rehabilitación precoz reduce la incidencia de síntomas de ansiedad, orientando a la mujer y su familia en el correcto afrontamiento de la situación<sup>10,18</sup>. En múltiples ocasiones, dicha inserción es considerada importante para el restablecimiento de la salud, contribuyendo a la disminución del estrés, mitigando los efectos indeseables del tratamiento<sup>6</sup>. A su vez, este grupo apoya a las mujeres con respecto a situaciones de aislamiento, generando un ambiente de confianza y comprensión que posibilita la libre expresión de opiniones y experiencias sobre temas que, a menudo, pueden resultar comprometedores, como su sexualidad y relaciones afectivas<sup>4,6,23</sup>.

Tener la percepción de que otras personas están dispuestas a ayudar es fundamental para enfrentarse al cáncer de mama<sup>7</sup>. Entre los efectos positivos del apoyo, principalmente se encuentran la disminución del estrés y los problemas psicológicos, que contribuye al mejor control de las enfermedades crónicas y en la mejora en la calidad de vida<sup>4,6,15</sup>.

Otros autores<sup>5,27</sup> optan por el desarrollo de dinámicas corporales al inicio de estas sesiones como actividades auto-expresivas que ayudan a la mujer a expulsar preocupaciones. Asimismo, la incorporación de talleres educativos, cursos artesanales y la participación en campañas de detección precoz, también contribuyen a este objetivo. De esta forma, se evidencia el beneficio de estas actividades. Sin embargo, estas requieren la preparación del profesional enfermero en la elaboración de estrategias orientadas a la comunicación<sup>27</sup>.

A su vez, otra estrategia es el voluntariado testimonial que consiste en el intercambio de experiencias con una mujer que ha pasado por una situación similar, aprendiendo de este modo estrategias de adaptación tras la intervención<sup>5,27</sup>.

Haciendo referencia al ámbito socioeconómico, únicamente dos autores<sup>16,21</sup> afirman que el trabajo es beneficioso para la salud física y mental, pues la reinserción laboral supone un medio para recuperar la rutina previa. No obstante, también recogen que son escasos los servicios que ayudan a la permanencia o regreso al trabajo. Esto refuerza la necesidad de servicios de rehabilitación psicosocial vocacional que mantienen los ingresos, la identidad y las redes sociales, consiguiendo mejorar la calidad de vidas de estas mujeres<sup>21</sup>.

Por otro lado, el cuestionario de evaluación es una herramienta que proporciona a estas personas una oportunidad de aprendizaje acerca de la situación que viven<sup>20</sup>. Los manuales educativos y los planes de cuidados<sup>13,22</sup> resultan un recurso efectivo ya que, según las propias mujeres, la enseñanza es amena, permite aumentar sus conocimientos y la calidad de sus vidas. Por ello, esta herramienta ha de ser promovida por las enfermeras<sup>17</sup>.

*En relación con los efectos que la rehabilitación psicosocial posee en la calidad de vida de las mujeres con mastectomía*, cabe mencionar que son muchas las dificultades enfrentadas en este proceso de recuperación. Entre ellas, el compromiso de la autoimagen, las relaciones interpersonales y los efectos colaterales del tratamiento coadyuvante<sup>9,23</sup>. Gracias al papel de la enfermera y a sus intervenciones, las mujeres encuentran un espacio donde resolver dudas e inquietudes que las acompañan desde la noticia del diagnóstico<sup>19,27</sup>. Desde el punto de vista multidisciplinar, el plan de cuidados<sup>13,22</sup> supone una herramienta esencial para evitar complicaciones y promover el autocuidado de la mujer de manera interactiva. De esta forma, la mujer consigue mejorar de manera íntegra su calidad de vida mediante la reducción del estrés, la ansiedad y la inseguridad<sup>4,10,17,20</sup> asociadas al proceso vivido.

## 5. CONCLUSIONES

En relación con el objetivo general, se concluye el beneficio que las intervenciones enfermeras suponen en la mejoría del bienestar físico, psicológico y social de la mujer que sufre una mastectomía por cáncer de mama, implicándose en su propio proceso de rehabilitación psicosocial.

Relativo a los objetivos específicos se puede concluir que:

1. Las implicaciones emocionales que la intervención de mastectomía supone para las mujeres sometidas a cirugía se manifiestan con sentimientos de estrés, ansiedad e inseguridad, que pueden llegar a contribuir el padecimiento de un estado depresivo.
2. Entre las intervenciones enfermeras que han resultado ser más eficaces en el cuidado holístico de la mujer sometida a mastectomía, se encuentran los programas de prevención de complicaciones inmediatas junto con el voluntariado testimonial, los manuales educativos y los grupos de apoyo, le proporcionan orientación a la persona en el afrontamiento de problemas relacionados con la intervención.
3. La rehabilitación psicosocial posee numerosos efectos positivos, ya que mediante la planificación de cuidados específicos brinda apoyo y capacita a la mujer y a sus familiares en el correcto proceso de recuperación y adaptación, mejorando así su calidad de vida.

La mastectomía es una realidad con la que viven millones de mujeres en todo el mundo, que afecta enormemente en la rutina diaria de cada una de ellas, generando problemas que sobrepasan el ámbito de atención biomédico. Por ello, tras esta revisión se recomienda desarrollar nuevos estudios de investigación y guías de práctica clínica centradas en los cuidados específicos que este tipo de mujeres necesitan para una recuperación total, haciendo especial mención en sus relaciones interpersonales y resaltando el papel que la enfermera puede desarrollar como agente de ayuda en la mejora de la calidad de vida de las mujeres sometidas a mastectomía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Candido PA, Barbosa ICFJ, Caetano JA, Fernandes AFC. Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. REBEn [Internet]. 2011 [citado 21 Jan 2018]; 64(4):732-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a16v64n4.pdf>
2. Panobianco MS, Sampaio BAL, Caetano EA, Inocenti A, Gozzo TD. Comparação da cicatrização pós-mastectomia entre mulheres portadoras e não-portadoras de diabetes mellitus. Rev. Rene [Internet]. 2010 [citado 21 Jan 2018]; 11:15-22. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027973002>
3. Petito EL, Nazário ACP, Martinelli SE, Facina G, Gutiérrez MGR. Aplicación de un programa de ejercicios domiciliarios en la rehabilitación del hombro después de cirugía por cáncer de mama. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 21 Ene 2018]; 20(1):09. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_06.pdf)
4. Furlan MCR, Bernardi J, Vieira AM, Dos Santos MCC, Marcon SS. Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social. Cienc. Cuid. Saude. [Internet]. 2012 [citado 21 Jan 2018]; 11(1):66-73. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18860/pdf>
5. Oliveira MS, Souza AMA, Fernandes AMC. Grupo de apoio/suporte: espaço de reabilitação para mulheres mastectomizadas. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [citado 21 Jan 2018];10(3):816-22. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46701/22898>
6. Caetano EA, Panobianco MS, Gradim CVC. Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 [citado 21 Jan 2018];14(4):965-73. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a26.pdf>
7. Hermel JS, Rocha KB, Uribe MC, Pizzinato A. El autocuidado y apoyo social de mujeres de un proyecto de seguimiento mamográfico en Porto Alegre/Brasil. Rev. PSIC. [Internet]. 2016 [citado 15 Feb 2018]; 13(1):39-58. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/52486/48292>
8. Abella M, Aguilera M. Atención a la mujer con cáncer de mama. Enfermería de la mujer. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances Enfermería (DAE); 2009. p. 498-515.
9. Zorrilla I. Cáncer de mama. En: Soler MD, Garcés V, Zorrilla I. Cáncer y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances Enfermería (DAE); 2007.p. 283- 311.
10. Primo CC, Gonçalves LRN, Olympio PCAP, Leite FMC, Amorim MHC. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. Enferm. Glob. [Internet]. 2012 [citado 15 Feb 2018]; 11(28): 52-62. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/clinica5.pdf>
11. García-Carpintero E. ¿Cómo afrontar el cáncer de mama? Papel de la enfermera. Educare [Internet]. 2007 [citado 16 May 2018]; 33(1):6. Disponible en: [http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?option=com\\_60804013070&task=showContent&search\\_type=10&q=%20autor\[Jesus%20A.%20Sanchez%20Garcia\]050%2010%20autor\[M%20C%20AA%20Luz%20Fernandez%20Fernandez\]1105010%20120%208060%20%20%20clave\[enfermer%C3%ADa\]130&limitstart=90&pagina=2&id\\_pub\\_cont=4&id\\_articulo=33031](http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?option=com_60804013070&task=showContent&search_type=10&q=%20autor[Jesus%20A.%20Sanchez%20Garcia]050%2010%20autor[M%20C%20AA%20Luz%20Fernandez%20Fernandez]1105010%20120%208060%20%20%20clave[enfermer%C3%ADa]130&limitstart=90&pagina=2&id_pub_cont=4&id_articulo=33031)
12. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II) [Internet]. Valencia; 2003 [citado 16 May 2018]. Disponible en: <http://www.svpd.org/mbe/niveles-grados.pdf>
13. Lope MI, Larena M, Perucho C, Araujo A, Hernández LL. Cáncer de mama. En: De la Fuente M (coord.). Enfermería médico-quirúrgica. Vol. V. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2017. p. 3327-80.

14. Miaskowski C, Paul SM, Cooper B, West C, Levine JD, Elboim C, et al. Identification of patient subgroups and risk factors for persistent arm/shoulder pain following breast cancer surgery. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 15]; 18(3): 242–53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4013216/pdf/nihms-551954.pdf>
15. Ambrósio DCM, Santos MA. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 [citado 15 Fev 2018];20(3):851-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00851.pdf>
16. Hubbard G, Gray NM, Ayansina D, Evans JMM, Kyle Rg. Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 15]; 14:175. Available from: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-14-175>
17. Moreira CB, Fernandes AFC, Gomes AMF, Silva AML, Santos MCL. Educational strategy experimented with mastectomized women: experience report. *JNUOL* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 15]; 7(1):302-5. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10234/10830>
18. Fernandes AFC, Bonfim IM, Araújo IMA, Silva RM, Barbosa ICFJ, Santos MCL. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2012 [citado 15 Fev 2018]; 16(1):27-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a04.pdf>
19. Carvalho APR, Santos TMB, Linhares FMP. Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012 [citado 15 Fev 2018]; 17(3):485-91. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29290/19039>
20. Oliveira MS, Santos MCL, Almeida PC, Panobianco MS, Fernandes AFC. Evaluación de manual de educación como una estrategia para el conocimiento de las mujeres con mastectomía. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [citado 15 Fev 2018]; 20(4):9. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/es\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/es_06.pdf)
21. Kyle RG, Culbard B, Evans J, Gray NM, Ayansina D, Hubbard G. Vocational rehabilitation services for patients with cancer: design of a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial among women with breast cancer following surgery. *Trials* [Internet]. 2011 [cited 2018 Feb 15]; 12:89. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3076250/pdf/1745-6215-12-89.pdf>
22. Primo CC, Leite FMC, Amorim MHC, Sipioni RM, Santos SH. Using the International Classification for Nursing Practice in the care of women with mastectomy. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2010 [cited 2018 Feb 15]; 23(6):803-10. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/en\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/en_14.pdf)
23. Blanco R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enferm* [Internet]. 2010 [citado 15 Fev 2018] ;19(1):24-28. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100005&lng=es)
24. Panobianco MS, Parra MV, Almeida AM, Prado MAS, Magalhães PAP. Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas. *Esc. Anna Nery*[Internet]. 2009 [citado 15 Fev 2018];13(1):161-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a22.pdf>
25. Hsieh CC, Sprod LK, Hydock DS, Carter SD, Hayward R, Schneider CM. Effects of a Supervised Exercise Intervention on Recovery from Treatment Regimens in Breast Cancer Survivors. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2008 [cited 2018 Feb 15]; 35(6):909-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040031/pdf/nihms-267558.pdf>
26. Gutiérrez MGR, Bravo MM, Chanes DC, Vivo MCR, Souza GO. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2007 [citado 15 Fev 2018]; 20(3):249-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a02v20n3.pdf>

27. Yélamos C, Montesinos F, Eguino A, Fernández B, González A, Paredes MG. Atención psicosocial para mujeres con cáncer de mama. Rev. PSIC. [Internet]. 2007 [citado 15 Feb 2018]; 4(2-3):417-22. Disponible en:  
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220417A/15642>