

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2015-2016

TRABALLO FIN DE GRAO

Afectación psicológica en mujeres sometidas a mastectomía reductora del riesgo de padecer cáncer de mama

Nerea Amenedo Míguez

Titora: M^a del Carmen Cereijo Garea

Presentación do traballo: Xuño/2016

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA



Agradecimientos:

En primer lugar, me gustaría agradecerle a mi tutora, M^a del Carmen Cereijo Garea, su orientación, su dedicación, su disposición y su tiempo, además de sus sugerencias y correcciones que, a lo largo de la realización de este trabajo, me han servido de guía para elaborarlo de la mejor forma posible.

También quiero agradecerles a mi familia y a mis amigos toda la ayuda que me han proporcionado a lo largo de estos cuatro años y, especialmente en esta recta final, su paciencia, su apoyo incondicional, su comprensión y la motivación que han sabido transmitirme en los momentos más adecuados.

Gracias.

<u>ÍNDICE:</u>	<u>Página</u>
Agradecimientos	2
1. Índice de acrónimos	4
2. Índice de figuras y tablas.....	5
3. Resúmenes estructurados	6 - 8
3.1 Resumen (español)	6
3.2 <i>Resumo</i> (gallego)	7
3.3 <i>Abstract</i> (inglés)	8
4. Introducción	9 - 17
4.1 Epidemiología del cáncer de mama	9 - 10
4.2 Factores de riesgo del cáncer de mama	10 - 13
4.3 Predisposición genética al cáncer de mama	13 - 14
4.4 Consejo genético oncológico	14 - 15
4.5 Mastectomía de reducción del riesgo	15 - 17
4.5.1 El papel de la Enfermería	17
5. Objetivos	18
5.1 Objetivo principal	18
5.2 Objetivos secundarios	18
5.3 Pregunta PICO	18
6. Metodología	19 - 22
6.1 Criterios de inclusión y exclusión	19
6.2 Búsqueda bibliográfica	19 - 22
6.3 Limitaciones	22
7. Resultados	23 - 37
8. Discusión	38 - 41
8.1 Impacto emocional	38 - 40
8.2 Abordaje por parte de la Enfermería	40 - 41
8.3 Propuesta de líneas de investigación	41
9. Conclusiones	42
10. Bibliografía	43 - 49
11. Anexos	50
11.1 ANEXO I: Niveles de evidencia	50

1. Índice de acrónimos:

- ❖ ATM: *Ataxia Telangiectasia Mutation*
- ❖ BIS: *Body Image Scale*
- ❖ BRCA1/2: *Breast Cancer Type 1 and Type 2*
- ❖ CHEK2: *Chek Point Kinase 2*
- ❖ DRS: *Decision Regret Scale*
- ❖ Enfispo: *Biblioteca de Enfermería, Fisioterapia y Podología*
- ❖ FACT-B: *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*
- ❖ HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*
- ❖ IES: *Impact of Event Scale*
- ❖ JCR: *Journal Citation Reports*
- ❖ LILACS: *Literatura Latinoamericana de Ciencias de la Salud*
- ❖ m/p: “manifestado por”
- ❖ MeSH: *Medical Subjects Headings*
- ❖ n: tamaño de la muestra
- ❖ NANDA: *North American Nursing Diagnosis Association*
- ❖ NRV: (*Nederlandse Relatie Vragenlijst*) escala holandesa de relaciones
- ❖ PALB2: *Partner And Localizer of BRCA2*
- ❖ PTEN: *Phosphatase and Tensin homolog*
- ❖ r/c: “relacionado con”
- ❖ SAQ: *Sexuality Activity Questionnaire*
- ❖ SciELO: *Scientific Electronic Library Online*
- ❖ SF-36: *36-item Short-Form Health Survey*
- ❖ SIBID: *Situational Inventory of Body Image Dysphoria*
- ❖ STK11: *Serine/Threonine Kinase 11*
- ❖ TP53: *Tumor Protein p53*
- ❖ USPSTF: *United States Preventive Services Task Force*

<u>2. Índice de figuras y tablas:</u>	<u>Página</u>
❖ <u>Figura 1:</u> Anatomía de la mama femenina	9
❖ <u>Figura 2:</u> Clasificación y frecuencia del cáncer de mama	13
❖ <u>Tabla 1:</u> Resumen	6
❖ <u>Tabla 2:</u> <i>Resumo</i>	7
❖ <u>Tabla 3:</u> <i>Abstract</i>	8
❖ <u>Tabla 4:</u> Búsqueda de documentos en las bases de datos ...	20 - 21
❖ <u>Tabla 5:</u> Análisis artículo 1	24
❖ <u>Tabla 6:</u> Análisis artículo 2	25
❖ <u>Tabla 7:</u> Análisis artículo 3	26
❖ <u>Tabla 8:</u> Análisis artículo 4	27
❖ <u>Tabla 9:</u> Análisis artículo 5.....	28
❖ <u>Tabla 10:</u> Análisis artículo 6.....	29
❖ <u>Tabla 11:</u> Análisis artículo 7	30
❖ <u>Tabla 12:</u> Análisis artículo 8	31
❖ <u>Tabla 13:</u> Análisis artículo 9	32
❖ <u>Tabla 14:</u> Análisis artículo 10	33
❖ <u>Tabla 15:</u> Análisis artículo 11	34
❖ <u>Tabla 16:</u> Análisis artículo 12.....	35
❖ <u>Tabla 17:</u> Análisis artículo 13	36
❖ <u>Tabla 18:</u> Jerarquía de los estudios según USPSTF	50

3. Resúmenes estructurados:

Tabla 1: Resumen. Fuente: Elaboración propia

3.1 Resumen
<p>Título: Afectación psicológica en mujeres sometidas a mastectomía reductora del riesgo de padecer cáncer de mama.</p> <p>Introducción: El 5-10% de los cánceres de mama se relacionan con mutaciones genéticas y el 15-20% adicional de los mismos con agregación familiar. En estas situaciones las mujeres pueden elegir someterse a la mastectomía reductora de hasta un 90% del riesgo de sufrir este tipo de cáncer, aunque supone un fuerte impacto psicológico en cuya reducción la Enfermería puede implicarse significativamente.</p> <p>Objetivos: En esta revisión bibliográfica buscamos recoger la información existente sobre la afectación psicológica que sufren estas mujeres e identificar las mejores estrategias de la Enfermería para disminuirla.</p> <p>Metodología: Se ha llevado a cabo utilizando 9 bases de datos y a través de búsqueda manual. Limitada, con palabras clave a documentos publicados entre el 2006 y el 2016 y elaborados en inglés o español.</p> <p>Resultados: Seleccionamos 13 estudios que muestran cambios en la imagen corporal, la sexualidad y la preocupación por el cáncer en estas pacientes, además de señalar cuántas están satisfechas con la decisión tomada. También seleccionamos 4 guías de práctica clínica, 11 revisiones bibliográficas y 7 artículos de relevancia para este trabajo.</p> <p>Discusión/conclusiones: La satisfacción por esta decisión tomada es tan alta como el fuerte impacto psicológico que esto conlleva, debido a los cambios negativos en su sexualidad, los cambios en su imagen corporal y su feminidad y la preocupación por el cáncer, el estrés y la ansiedad que rodean a este proceso; siendo el rol de la Enfermería esencial para ayudarlas a superar estos cambios.</p> <p>Palabras clave: mastectomía profiláctica, mastectomía de reducción del riesgo, afectación psicológica, impacto emocional.</p>

Tabla 2: Resumo. **Fuente:** Elaboración propia

3.2 Resumo

Título: *Afectación psicolóxica en mulleres sometidas a mastectomía reductora do risco de padecer cancro de mama.*

Introdución: *O 5-10% dos cancros de mama relaciónanse con mutacións xenéticas e o 15-20% adicional dos mesmos con agregación familiar. Nestas situacións as mulleres poden elixir someterse á mastectomía reductora de ata un 90% do risco de sufrir este tipo de cancro, aínda que supón un forte impacto psicolóxico en cuxa redución a Enfermaría pode implicarse significativamente.*

Obxectivos: *Nesta revisión bibliográfica buscamos recoller a información existente sobre a afectación psicolóxica que sofren estas mulleres e identificar as mellores estratexias da Enfermaría para diminuíla.*

Metodoloxía: *Levou a cabo utilizando 9 bases de datos e a través da busca manual. Limitada, con palabras clave a documentos publicados entre o 2006 e o 2016 e elaborados en inglés ou español.*

Resultados: *Seleccionamos 13 estudos que amosan cambios na imaxe corporal, a sexualidade e a preocupación polo cancro nestas pacientes, ademais de sinalar cantas están satisfeitas coa decisión tomada. Tamén seleccionamos 4 guías de práctica clínica, 11 revisións bibliográficas e 7 artigos de relevancia para este traballo.*

Discusión/conclusións: *A satisfacción por esta decisión tomada é tan alta como o forte impacto psicolóxico que isto conleva, debido ós cambios negativos na súa sexualidade, os cambios na súa imaxe corporal e na femitude e a preocupación polo cancro, o estrés e a ansiedade que rodean a este proceso; sendo o rol da Enfermaría esencial para axudalas a superar estes cambios.*

Palabras clave: *mastectomía profiláctica, mastectomía de redución do risco, afectación psicolóxica, impacto emocional.*

Tabla 3: Abstract. **Fuente:** Elaboración propia

3.3 Abstract

Title: *Psychological effects in women undergoing mastectomy for breast cancer risk reduction.*

Introduction: *5-10% of breast cancers are associated with genetic mutations and the additional 15-20% of them with familial aggregation. In these situations, women may choose to undergo a mastectomy to reduce up to 90% of the risk of breast cancer. However, this treatment involves a big psychological impact and Nursing can contribute substantially to its reduction.*

Objectives: *In this review, we want to gather all the available information regarding psychological effects in these women and identify the best strategies that Nursing has to reduce them.*

Methodology: *In order to carry out this review, we used 9 databases and we completed a manual search, using keywords to narrow our results. The documents we studied were published between 2006 and 2016 both in English and Spanish.*

Results: *We select 13 studies that show changes in body image, sexuality and concern about the cancer in these patients. They also the percentage of women that were satisfied with their decision. In addition, we selected 4 clinical practice guidelines, 11 literature reviews and 7 relevant documents to this elaboration.*

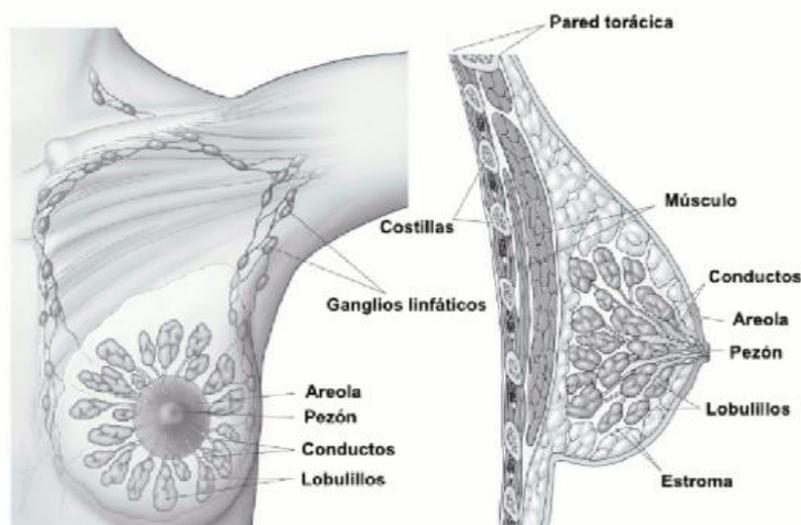
Discussion/conclusions: *The satisfaction with the decision is as high as the psychological impact. The reasons are the negative changes in their sexuality, body image and its femininity, and the concern, the stress and the anxiety that this treatment involves. The role of Nursing is essential to help these women overcome the changes.*

Key words: *prophylactic mastectomy, risk reduction mastectomy, psychological impact, emotional impact.*

4. Introducción:

El cáncer de seno o de mama es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y con capacidad de diseminarse a distintas partes del cuerpo¹. Para entenderlo es útil conocer la estructura normal de las mamas femeninas, compuestas principalmente de: lobulillos (glándulas productoras de leche), conductos (tubos diminutos que llevan la leche desde los lobulillos al pezón) y estroma (tejido adiposo y tejido conectivo, vasos sanguíneos y linfáticos); la mayoría de los cánceres de mama empiezan en las células que recubren los conductos, algunos se originan en las células que recubren los lobulillos y un número muy reducido se originan en otros tejidos² (Fig. 1).

Fig. 1: Anatomía de la mama femenina



Fuente: American Cancer Society. *Prevención y detección temprana del cáncer de seno*

4.1 Epidemiología del cáncer de mama:

Es un problema de salud muy relevante por ser el tumor maligno más frecuente en las mujeres; los hombres también lo pueden padecer, aunque se desarrolla con una incidencia menor al 1%¹. A nivel mundial, las mayores tasas de incidencia se encuentran en Europa (con 425.000 nuevos casos anuales)³, en países como Irlanda, Inglaterra, Francia, Suecia y España; y las menores se encuentran en Asia⁴.

Concretamente en España, cada año se diagnostican 22.000 casos nuevos de cáncer de mama, que representan un 28.5% de todos los tumores del sexo femenino; la mayoría se detectan entre los 35 y los 80 años, con un punto máximo de detección entre los 45 y los 65. Se estima que uno de cada ocho se detecta en mujeres menores de 45 años, mientras que, aproximadamente, dos de cada tres se encuentran en mujeres de más de 55 años^{2,5}. Debido al envejecimiento de la población y a una detección cada vez más temprana de la enfermedad, a lo largo de las últimas décadas la incidencia de este cáncer ha aumentado en torno a un 1-2% por año⁶. Sin embargo, según estudios del Ministerio de Sanidad, las tasas de mortalidad por esta causa descienden, concretamente a un ritmo del 1.4% anual, situándose, actualmente, alrededor de las 6.000 defunciones al año. Esto es debido a que este tipo de pacientes presenta una mayor supervivencia (94% al año, 84% a los 3 años y 78% a los 5 años) que aquellos que padecen otros tipos tumorales, lo cual es uno de los indicadores más relevantes de la eficacia tanto del equipo asistencial en la lucha contra el cáncer, como de los programas de cribado, gracias a los cuales, el cáncer de mama se diagnostica de una forma cada vez más precoz⁷.

4.2 Factores de riesgo del cáncer de mama:

Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta la probabilidad de que un individuo padezca una enfermedad y, en cuanto al cáncer de mama, hay algunos que no se pueden cambiar, tales como¹:

- ❖ El sexo: este cáncer es 100 veces más común en mujeres, probablemente debido a que los hombres tienen menos tejido mamario y menos estrógeno y progesterona, los cuales pueden promover el crecimiento de células cancerosas.
- ❖ La edad: a partir de los 40 años se produce un incremento progresivo de este riesgo.

- ❖ Mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2: aunque profundizaremos en ello más adelante, se sabe que la ausencia de mutaciones de los mismos ayuda a prevenir el cáncer al producir proteínas que evitan el crecimiento sin control de las células; por tanto, una mutación en ellos reduce la defensa del organismo frente al cáncer de mama. Existen otras mutaciones hereditarias que podrían conducir al cáncer de mama, pero son mucho menos frecuentes y no aumentan tanto el riesgo como las anteriores, algunas serían en los genes: ATM, TP53, CHEK2, PTEN, STK11 o PALB2.
- ❖ Antecedentes familiares de cáncer de mama: el riesgo para una mujer aumenta casi el doble si tiene un familiar directo (madre, hermana o hija) que lo padezca; y aumenta, aproximadamente, el triple si dos familiares directos lo padecen.
- ❖ Antecedentes personales de cáncer de mama: tener cáncer en uno de los senos aumenta el riesgo de padecer un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte del mismo.
- ❖ Raza y origen étnico: las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de mama que las mujeres de raza negra, aunque estas últimas tienen una mayor probabilidad de morir por esta causa.
- ❖ Tejido mamario denso: las mujeres cuyos senos aparecen densos (con más tejido glandular y fibroso y menos tejido adiposo) en un mamograma, tienen un riesgo de padecer cáncer de seno de 1.2 a 2 veces mayor que las mujeres con una densidad normal en sus mamas.
- ❖ Lesiones proliferativas benignas en los senos: aumentan el riesgo hasta, aproximadamente, 5 veces.
- ❖ Menstruación antes de los 12 años y/o menopausia después de los 55: cuantos más ciclos menstruales se haya tenido, más probabilidad hay de padecer este cáncer, por una mayor exposición al estrógeno y a la progesterona.
- ❖ Tener un carcinoma lobulillar *in situ*: estas mujeres tienen un riesgo de entre 7 y 11 veces mayor de padecer cáncer.

- ❖ Antecedentes de radiación en tórax: haber sido sometida a radioterapia en el área del tórax para tratar otro tipo de cáncer aumenta el riesgo de padecer el de mama, que será aún mayor si la radiación se administró durante la adolescencia.
- ❖ Exposición al dietilestilbestrol: hace algunos años, a algunas embarazadas se les administraba este medicamento pensando que así se disminuían las probabilidades de aborto espontáneo. Hoy en día, se sabe que las mujeres (junto con sus descendientes) que han tomado este fármaco, corren un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama.

En cuanto a los factores de riesgo para el cáncer de mama que sí se pueden modificar con el estilo de vida, destacamos¹:

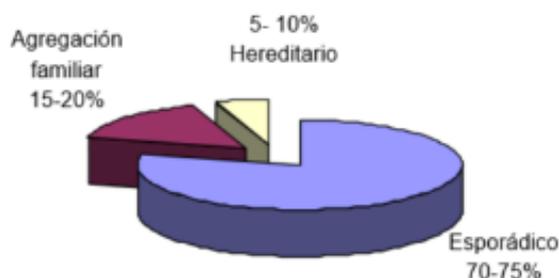
- ❖ Consumo de bebidas alcohólicas: el riesgo aumenta directamente con la cantidad de alcohol consumido.
- ❖ Sobrepeso u obesidad: el riesgo de cáncer de mama es mayor debido a la cantidad de estrógeno producido por el tejido adiposo (cuanto más tejido adiposo, más estrógeno se producirá). Por eso, realizar una media de 4 horas de ejercicio moderado a la semana reduce este riesgo.
- ❖ Tener hijos: las mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen un riesgo mayor de padecer cáncer de mama. Sin embargo, los embarazos múltiples y tener un embarazo a término antes de los 20 años reducen este riesgo.
- ❖ El uso de métodos anticonceptivos como las píldoras y el acetato de medroxiprogesterona de depósito (progesterona inyectable): el riesgo aumenta al usar estos métodos, aunque se reestablecen las cifras normales tras 10 años sin utilizar el primero y 5 años sin el segundo.
- ❖ Lactancia: posiblemente debido a que reduce el número total de ciclos menstruales, se disminuye un 4% el riesgo por cada año de lactancia.

Actualmente, existen una serie de factores sobre los cuales aún no se tiene claro su efecto en relación al riesgo de padecer cáncer de mama, como son: la alimentación y el consumo de vitaminas, los químicos del ambiente, el humo del tabaco o el trabajo nocturno. No obstante, tras varias investigaciones, se han desmentido algunos factores de riesgo que se consideraban verídicos tales como el uso de desodorantes axilares, el uso de sostenes, el aborto provocado o los implantes de seno².

4.3 Predisposición genética al cáncer de mama:

Centrándonos en el factor de riesgo relacionado con las mutaciones genéticas, se sabe que, si durante el proceso de gametogénesis aparece una mutación en uno de los genes implicados en la aparición del cáncer, el individuo no presenta cáncer ni predisposición hereditaria al mismo. Pero el ser que se forme a partir de la célula germinal portadora de la mutación, presentará esta alteración en todas las células de su organismo; en este caso sí que presentará una predisposición hereditaria al cáncer, dándose además, la posibilidad de transmitir esta susceptibilidad a las generaciones posteriores^{7,8}. De todos los tumores, entre el 5% y el 10%, presentan un componente hereditario relacionado con mutaciones genéticas y entre el 15% y 20% adicional presentan una historia familiar relevante de esta enfermedad⁹ (Fig. 2).

Fig. 2: Clasificación y frecuencia del cáncer de mama



Fuente: Departamento de medicina de la Universitat Internacional de Catalunya. Etiopatogenia y epidemiología del cáncer de mama

Los principales síndromes genéticos asociados al riesgo de padecer cáncer de mama son las mutaciones en la línea germinal de los genes de alta

penetrancia BRCA1 y BRCA2, que se transmiten con un patrón de herencia autosómico dominante, es decir, hay que heredar solo una mutación en alguna de las 2 copias para que el riesgo aumente⁸. El BRCA1 se localiza en el cromosoma 17 y sus mutaciones podrían ser responsables del 45% de los cánceres de mama hereditarios; el BRCA2, por su parte, se localiza en el cromosoma 13 y sus mutaciones podrían ser responsables del 35%⁷. En consecuencia, tanto los antecedentes en la rama materna como paterna elevan el riesgo de padecer esta enfermedad hasta un 56-87%^{7,9}.

4.4 Consejo genético oncológico:

Ser portador de una condición genética que predispone a una enfermedad potencialmente mortal como es el cáncer, plantea una amenaza a la salud y puede implicar un proceso angustioso. Por eso, los individuos susceptibles de esta predisposición son derivados a las unidades de consejo genético oncológico, donde se les capacita para tomar decisiones sobre el test genético y el *screening* a través de la comprensión e integración de la información genética, médica, psicológica y social⁹. Además se les informa sobre sus posibilidades de padecer cáncer de mama. También se les ayuda a comprender e interpretar el riesgo. Igualmente, se les asesora sobre las medidas “profilácticas” disponibles y efectivas en la disminución de las tasas de incidencia y mortalidad por esta causa, y sobre las decisiones más adecuadas en cada caso. Al mismo tiempo que se les hace conocedores de las probabilidades de transmitir el riesgo a su descendencia, se aborda la adaptación personal y familiar desde una perspectiva psicológica^{7,9}.

Los criterios para llevar a cabo el estudio genético que nos indicará la presencia o ausencia de estas mutaciones, a partir de una muestra de sangre de un familiar que haya tenido cáncer de mama y/o ovario, son¹⁰:

- ❖ Tener 3 o más familiares directos afectados con cáncer de mama y/o ovario.

- ❖ Tener 2 familiares directos afectados, siempre que:
 - Ambos fuesen diagnosticados antes de cumplir 50 años.
 - Uno tenga cáncer de mama y el otro tenga cáncer de ovario.
- ❖ Tener 1 familiar directo afectado, siempre que:
 - Sea hombre.
 - Desarrolle cáncer bilateral.
- ❖ Pacientes sin historia familiar pero con diagnóstico personal antes de los 30 años o pacientes diagnosticadas de doble tumor de mama y ovario a cualquier edad.

Antes de la realización del test genético, hay que discutir lo que implica para la mujer y su familia el resultado de la prueba, y que esta puede dar un resultado positivo (la mujer sería “de alto riesgo”), negativo o no informativo.

4.5 Mastectomía de reducción del riesgo:

Actualmente existen tres tipos de tratamiento frente al cáncer de mama⁴:

- ❖ El tratamiento preventivo: partiendo de la base de que el cáncer no se puede prevenir, este tratamiento abarcaría desde el control de los factores de riesgo hasta las mastectomías reductoras del mismo en pacientes catalogadas como “de alto riesgo”, siendo una buena práctica clínica atender cada caso individualmente y dialogar con la mujer hasta encontrar la estrategia más adecuada¹¹.
- ❖ El tratamiento curativo: se basa en el tratamiento quirúrgico del tumor, de la axila y la terapéutica adyuvante representada por la poliquimioterapia de primera, segunda y tercera línea, así como la radioterapia y la hormonoterapia. A este arsenal se unen las vacunas y anticuerpos monoclonales aún en ensayos clínicos.
- ❖ El tratamiento paliativo: consiste en aplicar medidas de sostén, alivio de los síntomas y apoyo psicológico para mejorar la calidad de vida en las últimas fases de la enfermedad.

A lo largo de esta revisión bibliográfica vamos a centrarnos en la mastectomía de reducción del riesgo, que se asocia con una disminución del 90% del riesgo de padecer cáncer de mama en aquellas mujeres que tienen una mayor predisposición por una amplia historia familiar de cáncer de mama y/o a mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2.

Esta mastectomía consiste en extirpar uno o ambos senos antes del diagnóstico de cáncer, bien por presentar factores predisponentes a la enfermedad o por prevenir un segundo cáncer de seno en el caso de aquellas mujeres que ya lo han padecido. Hay que destacar que no evita completamente el cáncer, pues, incluso el mejor cirujano dejará algunas células mamarias que podrían convertirse en cancerosas; es por este motivo por el que el término “mastectomía profiláctica” (que usan muchos autores) no es del todo correcto. Existen dos tipos principales de mastectomía de reducción del riesgo⁵:

- ❖ La mastectomía simple o total: en la cual se realiza una incisión circunferencial abarcando todo el volumen de la mama e incluyendo, por tanto, la areola y el pezón.
- ❖ La mastectomía subcutánea o adenomastectomía: con un carácter menos mutilador, pretende extirpar únicamente la glándula mamaria preservando la piel de la mama, la areola y el pezón¹².

Actualmente, la mayoría de los cirujanos recomiendan la mastectomía total frente a la subcutánea porque quedará menos tejido mamario residual, pero no tenemos datos que comparen ambas técnicas.

Después de la mastectomía reductora del riesgo, la mujer puede decidir llevar una prótesis externa (oculta externamente la pérdida de la mama, pero no siempre resuelve su sensación de deformidad al no asimilarla a su imagen corporal) o someterse a una reconstrucción mamaria, que puede realizarse de manera inmediata o diferida (en casos de cáncer de mama a tratamiento, por esperar al fin de la terapia), empleando para ello implantes (prótesis) o tejidos propios (injertos como la plastia transversa abdominal). Además, los avances técnicos y en el abordaje han ampliado las opciones

quirúrgicas, permitiéndoles a estas mujeres recuperar la simetría, la estética y poder así mejorar su estado psicológico⁶.

La aplicación de esta cirugía de intencionalidad preventiva es polémica y muy difícil de aceptar ya que, mientras la mayoría de las mujeres con mutaciones en los BRCA1/2 padecen cáncer de seno, hay algunas que no. Estas últimas no se beneficiarían de la cirugía, pero sí tendrían que lidiar con sus efectos secundarios y con lo que supone someterse estando sana a una intervención agresiva y mutiladora. Se recomienda obtener segundas opiniones antes de que se decida someterse a esta cirugía^{2,12}, sopesando que los beneficios potenciales incluyen la eficacia del procedimiento para reducir el riesgo de cáncer de mama y la tranquilidad psicológica, pero que las desventajas potenciales incluyen el impacto psicológico por la agresividad del procedimiento y la consecuente morbilidad¹³.

La decisión de realizar esta cirugía y el momento para su realización es muy compleja ya que se trata de un procedimiento irreversible, con una morbilidad quirúrgica asociada que supone un cambio en la imagen corporal y en la sexualidad de la mujer, y el consecuente impacto psicológico. Por ello, se ofrece a la mujer como una opción preventiva, no como una recomendación directa, y es preciso que, si la mujer decide realizarla, sea fruto de una decisión madurada, reflexiva y fundamentada.

4.5.1 El papel de la Enfermería:

Ante este tipo de pacientes, es importante la ayuda que podemos proporcionarles desde que se plantean esta mastectomía como opción a seguir, hasta el final de todo el proceso; y conseguir que se adapten lo mejor posible a su nueva situación con unos cuidados individualizados que favorezcan su auto-aceptación y su adaptación social. Ante la delicadeza de la situación, es necesario disponer de los conocimientos, medios y facilidades comunicativas para abordar estos temas, existiendo por ello una necesidad de formación específica al respecto⁶.

5. Objetivos:

5.1 Objetivo principal:

El objetivo principal es evaluar la afectación psicológica que experimentan aquellas mujeres sometidas a una mastectomía para la reducción del riesgo de sufrir cáncer de mama con reconstrucción inmediata, especialmente en los términos de sexualidad, imagen corporal y preocupación por el cáncer.

5.2 Objetivos secundarios:

- ❖ Señalar los puntos en los que la Enfermería puede incidir para reducir el impacto emocional de las mujeres sometidas a esta mastectomía; desde el momento en el que esta cirugía es planteada como opción a seguir, hasta el final del proceso.
- ❖ Evaluar el grado de satisfacción en relación a la decisión de haberse sometido a la mastectomía reductora del riesgo.

5.3 Pregunta PICO:

Para la elaboración de esta revisión, se ha procedido a elaborar una pregunta PICO ya que nos facilita la posterior búsqueda en bases de datos. Atendiendo a la estructura de formulación de preguntas clínicas específicas de este formato y en función de los objetivos que nos interesa conseguir, buscamos dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cómo afecta psicológicamente la mastectomía de reducción del riesgo a aquellas mujeres con predisposición al cáncer de mama?

6. Metodología:

6.1 Criterios de inclusión y exclusión:

Para la selección de los artículos que fundamentarán esta revisión, nos hemos fijado principalmente en que su fecha de publicación no fuera anterior al año 2006 y que hablaran directamente del tema a tratar o indirectamente de la mastectomía de reducción del riesgo, de las actividades de enfermería ante estas pacientes y/o de la afectación psicológica en mujeres mastectomizadas o con alto riesgo de padecer cáncer de mama. Además, seleccionamos únicamente aquellos artículos disponibles a texto completo de forma gratuita, en español o en inglés y realizados bajo el mayor rigor científico, excluyendo folletos y páginas web.

6.2 Búsqueda bibliográfica:

Se buscó exhaustivamente en las diferentes bases de datos electrónicas durante los meses de febrero, marzo y abril del 2016, descargando los textos completos de los artículos potencialmente útiles para el estudio. En términos generales, se consultaron un total de 9 bases de datos utilizando las palabras clave descritas y se identificaron 260 documentos. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, el número de artículos válidos se reduce a 19. A continuación detallamos la búsqueda (Tabla 4):

Tabla 4: Búsqueda de documentos en las bases de datos. **Fuente:** Elaboración propia

Base de datos	Criterio de búsqueda	Resultados totales	Anteriores a 2006	No se ciñen al tema	Descartados por otros motivos	Resultados válidos
Scielo	“mastectomía AND profiláctica”	5	-	4	-	1 ²⁸
Lilacs	“mastectomía profiláctica”	4	2	1	1(repetido)	0
	“mastectomía reducción riesgo”	1	-	1	-	0
Dialnet	“mastectomía profiláctica”	10	5	1	-	4 ^{13,30,32,36}
Enfispo	“mastectomía profiláctica”	17	2	8	2(repetidos)	2 ^{9,33}
					3(ya elegidos)	
Medline	“mastectomía profiláctica”	8	-	1	6 (webs o folletos)	1 ²
Google Académico	“afectación psicológica mastectomía profiláctica”	140	41	90	1 (repetido)	4 ^{3,4,6,7}
					3(ya elegidos)	
					1(de pago)	
Cochrane Library Plus	“mastectomía profiláctica”	4	1	-	1(ya elegido)	2 ^{27,35}

Web of Science	<i>“prophylactic mastectomy” AND “psychological impact”</i>	42	7	26	1(repetido)	1 ²⁶
					3(ya elegidos)	
					2(de pago)	
					2(en alemán)	
Pubmed	(((<i>“cost of illness”</i> [tiab] OR <i>“emotional impact”</i> [tiab] OR <i>“psychological impact”</i> [tiab])) AND (<i>“prophylactic mastectomy”</i> [tiab] OR <i>“risk reduction mastectomy”</i> [tiab] OR <i>“BRCA1 and BRCA2 gene mutation mastectomy”</i> [tiab] OR <i>“preventive mastectomy”</i> [tiab] OR <i>“preventive breast removal”</i> [tiab])) OR ((<i>“Cost of illness”</i> [MeSH]) AND <i>“Mastectomy”</i> [MeSH])	29	14	10	1 (repetido)	4 ^{16,31,34,37}
Total		260	72	142	27	19

También se han obtenido documentos a través de la búsqueda manual, es decir, a través de la bibliografía reflejada en algunos documentos seleccionados, aplicando igualmente los criterios de inclusión y exclusión mencionados con anterioridad, seleccionando de esta forma un total de 13 documentos^{12,14,15,17,18,19,20,21,22,23,24,25,29,38}.

Además, seleccionamos 4 guías de práctica clínica (3 a través del buscador de *Google*^{1,8,11} y 1 a través de la búsqueda manual¹²).

6.2 Limitaciones:

En el proceso de elaboración de esta revisión nos encontramos con las siguientes limitaciones en los artículos que hemos utilizado:

- ❖ Sesgos de información: falta de datos sobre la atención psicológica que reciben las pacientes, falta de datos sobre las encuestas que realizan, sobre la duración de todo el proceso...o la falta de coordinación entre el fin del estudio y el fin de la reconstrucción mamaria.
- ❖ Sesgos de accesibilidad: algunos artículos no se han podido incluir en esta revisión debido a la incapacidad de acceder a ellos de forma completa (es decir, sin aportación económica).
- ❖ Sesgos de selección: algunos artículos se componen de un tamaño muestral muy pequeño y, por tanto, poco representativo de la población en general.
- ❖ Falta de uniformidad en la metodología de los estudios: algunos artículos utilizan escalas y cuestionarios distintos obteniendo conclusiones poco generales.

Además destacamos que esta revisión ha sido realizada por un solo revisor, disminuyendo así la variación de resultados que puede obtenerse cuando son varios los revisores que participan en el proceso de selección y análisis de los artículos.

7. Resultados:

Al finalizar la búsqueda tenemos un total de 36 documentos de todo tipo que cumplen los criterios establecidos, de los cuales: 4 son guías de práctica clínica, 13 son estudios originales, 11 son revisiones bibliográficas y 8 son artículos con información relevante para esta revisión o relacionada con la mastectomía reductora del riesgo y/o con su afectación psicológica.

En primer lugar, detallamos las características de los 13 estudios originales seleccionados para nuestra revisión, centrándonos en los resultados relacionados con los términos de: satisfacción con la decisión tomada, imagen corporal, sexualidad y ansiedad/preocupación por el cáncer. También reflejamos el año de publicación del artículo, el tamaño de la muestra y la selección de las participantes, la metodología a seguir en el estudio, las limitaciones encontradas durante el desarrollo del mismo, el nivel de evidencia (valorada según el diseño de los artículos, de acuerdo con la jerarquía *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination* y adaptada por *USPSTF*, que se puede consultar en el ANEXO I) y el factor de impacto de las revistas científicas a las que pertenecen los artículos, que mide la repercusión de la revista a partir del análisis de las citas que han recibido los artículos que en ella se han publicado (Tablas 5-18).

En segundo lugar, analizaremos las conclusiones de estos artículos de forma conjunta para poder definir con ellos los resultados obtenidos con esta revisión bibliográfica, poder dar respuesta a nuestra pregunta de investigación y poder confirmar la consecución de los objetivos propuestos.

Tabla 5: Análisis artículo 1. **Fuente:** Elaboración propia

<u>Positive, negative, and disparate-women's differing long-term psychosocial experiences of bilateral or contralateral prophylactic mastectomy¹⁴ (2008)</u>					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Altschuler A, Nekhlyudov L, Rolnick SJ, Greene SM, Elmore JG, West CN <i>et al</i>	n=327. A partir de estudios previos, mujeres sometidas a mastectomía profiláctica entre 3 y 22 años antes.	Encuesta con preguntas abiertas y cerradas, las respuestas fueron analizadas de forma independiente por los autores.	Se operaron entre 1979 y 1999 por lo que no reflejan al 100% las experiencias con las operaciones actuales. No usa encuestas validadas. No se comparan los resultados con datos previos a la cirugía.	III	El 35.8% refiere satisfacción general, con su imagen corporal y su sexualidad. El 44.3% refiere insatisfacción para los mismos parámetros. El 19.9% responden de forma neutra. En general, una disminución de la preocupación.
Revista <i>The Breast Journal</i>					

Tabla 6: Análisis artículo 2. **Fuente:** Elaboración propia.

<u>Contentment with a quality of life among breast cancer survivors with and without contralateral prophylactic mastectomy¹⁵ (2006)</u>					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Liu IA, Geiger AM, West CN, Nekhlyudov L, Herrinton LJ, Altschuler A <i>et al</i>	n=519. A partir de un estudio previo.	Correo con encuesta modelo Dillman y valorada según la escala Likert.	Por la necesidad de incluir a mujeres sin historia previa de cáncer y que la encuesta no fuera demasiado larga, tuvieron que crear una encuesta propia que aparenta una fuerte validez, a partir de algunas de las encuestas validadas de las que disponían. No se comparan los resultados con datos previos a la cirugía.	III	El 63.6% se muestran muy satisfechas con la decisión, mientras que el 8.9% se muestran muy insatisfechas. El 23.9% se muestran muy preocupadas con el cáncer mientras que el 20.4% no se muestran preocupadas. El 40.9% se muestran satisfechas con su vida sexual y el 59.1% no. El 59.3% se muestran satisfechas con su imagen corporal y el 40.7% no.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Journal of Clinical Oncology</i> (18.443)					

Tabla 7: Análisis artículo 3. **Fuente:** Elaboración propia.

<u><i>What made her give up her breasts: a qualitative study on decisional considerations for contralateral prophylactic mastectomy among breast cancer survivors undergoing BRCA1/2 genetic testing</i></u> ¹⁶ (2012)					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Kwong A, Chu ATW	n=12. Entre agosto del 2007 y agosto del 2010, seleccionadas de entre 596 mujeres con antecedentes de genéticos de cáncer de mama, a través de pruebas genéticas y consultas con el cirujano y el psicólogo.	Encuesta de preguntas abiertas, aprobada por los comités de ética y analizada cualitativamente basándose en la teoría fundamentada (Glaser y Straus).	Tamaño de muestra pequeño. No se comparan los resultados con datos previos a la cirugía.	III	El 100% muestran una disminución de la preocupación por el cáncer. El 75% están satisfechas con la decisión tomada y la volverían a tomar. En cuanto a la satisfacción con la apariencia, se obtiene una puntuación de 3.83/5. De las participantes que eran sexualmente activas antes de la cirugía, el 8.3% refiere un impacto negativo.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i> (2.514)					

Tabla 8: Análisis artículo 4. **Fuente:** Elaboración propia.

<u>Quality of life after contralateral prophylactic mastectomy in newly diagnosed high-risk breast cancer patients who underwent BRCA1/2 gene testing¹⁷ (2007)</u>					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Tercyak KP, Peshkin BN, Brogan BM, DeMarco T, Pennanen MF, Willey SC <i>et al</i>	n=149. Mujeres con alteraciones en los genes BRCA1/2, con cáncer de mama unilateral que se someten a una mastectomía	Se les realiza una entrevista telefónica previa y a continuación terapias genéticas. Después de la cirugía se les realizan encuestas al mes, a los 6 meses y al año.	Se centra en la calidad de vida y el estrés de forma general, no desglosa el resto de puntos que nos interesan.	III	El 100% de las participantes mostraron una disminución del estrés a largo plazo, aunque al mes no se aprecian diferencias destacables.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Journal of Clinical Oncology</i> (18.443)	profiláctica contralateral y se apuntan al estudio por recomendación del psicólogo o por deseo propio.	La calidad de vida se mide con el cuestionario FACT-B.			

Tabla 9: Análisis artículo 5. **Fuente:** Elaboración propia.

<u>Body image issues after bilateral prophylactic mastectomy with breast reconstruction in healthy women at risk for hereditary breast cancer¹⁸ (2012)</u>					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Gople JP, Mureau MAM, Seynaeve C, ter Kuile MM, Menke- Pluymers MBE, Timman R <i>et al</i>	n=50. Mujeres con alto riesgo de cáncer de mama que participaron en programas de seguimiento de los Países Bajos.	Se basó la encuesta en el cuestionario de imagen corporal y sexualidad de Lodder <i>et al</i> , el cuestionario NRV y el cuestionario SF-36. La preocupación por el cáncer se basó en la escala IES. Se realizó a los 6 y a los 21 meses de la cirugía.	La muestra es pequeña. La encuesta se realiza a los 6 meses de la cirugía, cuando las mujeres aún están en proceso de reconstrucción. No mide la satisfacción relacionada con la decisión.	III	La imagen corporal la puntúan con un 3.3/5 a los 6 meses y con un 3.5/5 a los 21 en comparación con el 3.8/5 que le daban antes de la operación. La satisfacción sexual con un 8.5/12 a los 6 meses y con un 8/12 a los 21 en comparación con el 9/12 que le daban antes de la operación. La preocupación por el cáncer con un 12/75 a los 6 meses y con un 13/75 a los 21 en comparación con el 23/75 que le daban antes de la operación.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Familial Cancer</i> (1.997)					

Tabla 10: Análisis artículo 6. **Fuente:** Elaboración propia.

<i>Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study</i> ¹⁹ (2008)					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Brandberg Y, Sandelin K, Erikson S, Jurell G, Liljegren A, Lindblom A <i>et al</i>	n=54. A través de un programa del Hospital Universitario de Karolinska (Estocolmo), se seleccionaron mujeres sometidas a mastectomía profiláctica entre octubre de 1995 y diciembre del 2005.	La encuesta se basó en el cuestionario SAQ, en la escala BIS, en la escala HADS y en el cuestionario SF-36 (versión sueca). Se les realiza a los 6 meses y al año tras la cirugía.	La muestra es pequeña. Las preguntas han podido sufrir pequeñas alteraciones debidas a la traducción de las escalas. No mide la preocupación con el cáncer ni la satisfacción con la decisión.	III	El 83% están satisfechas con su cuerpo a los 6 meses y el 85% al año. En cuanto a la actividad sexual, hay una ligera disminución de la actividad sexual (de 1/3 a 0.76/3), del confort (de 5.43/6 a 5.2/6) y del placer sexual (de 12.1/18 a 11.44/18) con respecto a antes de la cirugía, que se acentúa con el paso de los meses.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Journal of Clinical Oncology</i> (18.443)					

Tabla 11: Análisis artículo 7. **Fuente:** Elaboración propia.

<i>What women wish they knew before prophylactic mastectomy²⁰ (2007)</i>					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Rolnick SJ, Altschuler A, Nekhlyudov L, Elmore JG, Greene SM, Harris EL <i>et al</i>	n=684. Mujeres pertenecientes a alguno de los 6 sistemas de salud que participaron en el estudio y que se sometieron a mastectomía profiláctica entre 1979 y 1999.	Las encuestas se envían por correo, los resultados fueron evaluados por 3 investigadores de forma independiente.	No se basa en ningún cuestionario validado. Solo mide la satisfacción con la decisión. No reflejan al 100% las experiencias con las operaciones actuales.	III	El 87% de las mujeres sometidas a mastectomía profiláctica contralateral y el 84% de las sometidas a mastectomía profiláctica bilateral están satisfechas con su decisión.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Cancer Nursing</i> (1.966)					

Tabla 12: Análisis artículo 8. **Fuente:** Elaboración propia.

<i>Prophylactic mastectomy and reconstruction: clinical outcomes and patient satisfaction</i> ²¹ (2007)					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Spear SL, Schwarz KA, Venturi ML, Barbosa T, Al- Attar A	n=74. Mujeres seleccionadas a partir de registros hospitalarios por haber sido sometidas a mastectomía profiláctica entre 2000-2005.	Se les realiza un cuestionario por correo en el cual se les pregunta por la satisfacción con los resultados y con su decisión, evaluados del 1 al 4. Se analizaron estadísticamente con la prueba de Fischer y se compararon los resultados medios según la prueba de Kuskal- Wallis.	No utiliza escalas validadas. No evalúa todos los puntos que nos interesan. Pequeño tamaño de la muestra.	III	El 58% de las participantes refieren una satisfacción de 6/6, el 23% de 5/6, el 12% de 4/6, el 2% de 3/6 y el 5% de 2/6.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Plastic and Reconstructive Surgery</i> (2.993)					

Tabla 13: Análisis artículo 9. **Fuente:** Elaboración propia.

<i>Satisfaction with prophylactic mastectomy and breast reconstruction in genetically predisposed women²² (2006)</i>					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Meijers-Pluijmers MB, Bresser PJC, Seynaeve C, Van Gool AR, Brekelmans CT, Duivenwoorden HJ, <i>et al</i>	n=114. Las mujeres fueron seleccionadas desde la base de datos de un estudio de seguimiento, por haber sido sometidas a mastectomía profiláctica entre 1994 y 2002.	El cuestionario fue creado a partir de la experiencia con mujeres de alto riesgo de cáncer de mama y a partir de preguntas que se usan en estudios de seguimiento y con 3 opciones de respuesta (si, no, neutra).	No utiliza escalas de valoración validadas.	III	El 60% están satisfechas con el resultado y el 95% volverían a decidirse por la mastectomía profiláctica. De 77 que respondieron, el 13% afirmaron que la mastectomía profiláctica ha atribuido efectos positivos a su sexualidad (el 73% lo negaron). A los 6 meses la preocupación por el cáncer disminuye significativamente aunque a partir de ahí las consecuencias de la cirugía pueden afectar directamente a la satisfacción y aumentar la ansiedad.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Plastic and Reconstructive Surgery</i> (2.993)					

Tabla 14: Análisis artículo 10. **Fuente:** Elaboración propia.

<u>Quality of llife after bilateral prophylactic mastectomy²³ (2006)</u>					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Geiger AM, Nekhlyudov L, Herrinton LJ, Rolnick S, Greene SM, West CN, <i>et al</i>	n=168. Participantes elegidas a partir de un estudio anterior, que forman parte de sistemas de atención de salud y que fueron sometidas a mastectomía profiláctica entre 2 y 33 años antes de este estudio.	La satisfacción sexual y la calidad de vida se evaluaron con preguntas sacadas de la evaluación funcional de la terapia del cáncer de mama. La imagen corporal a partir de la escala de Hopwood <i>et al</i> y los resultados se clasifican según la escala Likert.	Al no haber hecho pruebas genéticas previas, los resultados no se pueden generalizar a mujeres con mutaciones.	III	El 60.4% están muy satisfechas con la decisión, 23.8% solo satisfechas, 5.9% insatisfechas y 9.9% muy insatisfechas. El 32.7% están muy preocupadas por el cáncer de mama tras la mastectomía, el 27.4% simplemente preocupadas, el 26% no muy preocupadas y el 17.3% no están preocupadas. El 58.1% están satisfechas con su imagen corporal y el 41.9% no. El 42.7% están satisfechas con su vida sexual y el 57.3% no.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Annals of Oncology</i> (3.930)					

Tabla 15: Análisis artículo 11. **Fuente:** Elaboración propia.

<u>Long-term outcomes of risk-reducing surgery in unaffected women at increased familial risk of breast and/or ovarian cancer²⁴ (2014)</u>					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Heininger L, Butow PN, Coll J, Bullen T, Wilson J, Baylock B, <i>et al</i>	n=17. Fueron seleccionadas por participar en un programa de cáncer de mama familiar y sometidas a mastectomía profiláctica entre abril del 2002 y diciembre del 2007.	El cuestionario incluye preguntas basadas en la escala HADS, en la escala SIBID, en la escala BIS, en la escala SAQ y en la escala DRS.	Se evidencia un tiempo de seguimiento corto o un tamaño de muestra pequeño en base a que estudios previos sí que muestran alteraciones en la imagen corporal y la sexualidad.	III	La preocupación por el cáncer disminuye del 71.3% al 13.5% tras la cirugía. No hay diferencias significativas entre la imagen corporal y la sexualidad. El 62.9% no mostraron ningún pesar sobre la decisión.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Familial Cancer</i> (1.977)					

Tabla 16: Análisis artículo 12. **Fuente:** Elaboración propia.

<i>Who is prone to high levels of distress after prophylactic mastectomy and/or salpingo-ovariectomy?</i> ²⁵ (2007)					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Bresser PJC, Van Gool AR, Seynaeve C, Duivenwoorden HJ, Niemeijer MF, Van Geel An, <i>et al</i>	n=82. Mujeres de la clínica con BRCA1/2 positivo y sometidas a mastectomía profiláctica.	El cuestionario está basado en la escala IES y la escala HADS.	Solo se centra en el malestar tras la mastectomía profiláctica. No mide todos los puntos que estamos trabajando.	III	La ansiedad disminuye del 10% en el momento de la cirugía al 7.8% 1 año después y la preocupación por el cáncer del 20.3% al 13.1%.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Annals of Oncology</i> (7.040)					

Tabla 17: Análisis artículo 13. **Fuente:** Elaboración propia.

<i>A rapid genetic counselling and testing in newly diagnosed breast cancer is associated with high rate of risk-reducing mastectomy in BRCA1/2-positive Italian women²⁶ (2013)</i>					
Autores	Participantes	Metodología	Limitaciones	Nivel de evidencia	Conclusiones
Cortesi L. Razzaboni E, Toss A, De Matteis E, Marchi I, Medici V, <i>et al</i>	n=25. Pacientes con historia de cáncer familiar y/o cáncer de mama previo pertenecientes a la clínica de Módena.	Se les realiza una entrevista semiestructurada tras 12 meses de la cirugía y los resultados son analizados usando el “análisis fenomenológico interpretativo” por 2 investigadores de forma independiente.	No utiliza escalas validadas. Las inferencias causales no pueden extraerse debido al diseño del estudio observacional	III	La mayoría de las mujeres experimentan una baja satisfacción con su imagen corporal y su sexualidad tras la cirugía (posiblemente relacionada con que la reconstrucción no había acabado en el momento de la entrevista). El 100% están satisfechas con la decisión de someterse a la operación. El 100% muestra una reducción de la preocupación por el cáncer, solo el 4% desarrolló depresión un tiempo después, probablemente por un fallo en la reconstrucción.
Revista – Factor de impacto (JCR) <i>Annals of Oncology</i> (7.040)					

Estos 13 artículos aportan información relevante sobre el tema a tratar:

- ❖ En cuanto a la imagen corporal, de los 8 artículos que analizan este concepto, en solo 2 se evidencia una insatisfacción ligeramente dominante¹⁴ o una baja satisfacción²⁶ con respecto a su cuerpo tras la mastectomía; 5 de ellos^{15,16,18,19,23} muestran un predominio de la satisfacción entre sus encuestadas, que tiende a aumentar conforme pasan los meses tras la cirugía y la reconstrucción; 1 de los artículos²⁴ sostiene que las mujeres participantes no mostraron diferencias con respecto a su imagen corporal tras la mastectomía.
- ❖ En cuanto a su sexualidad, de los 9 artículos que tratan este tema, únicamente en 3 de ellos^{16,18,22} se muestra una satisfacción general con su sexualidad tras la cirugía, aunque uno¹⁸ puntualiza que a medida que pasan los meses se va viendo reducida; por el contrario, 5 artículos^{14,15,19,23,26} muestran un predominio de la insatisfacción y una disminución del confort, del placer y de la actividad sexual; en 1 de ellos²⁴ las participantes no declaran diferencias significativas.
- ❖ En cuanto a la preocupación que sienten estas mujeres frente a padecer cáncer de mama, de los 10 artículos que abordan este tema, 9 de ellos^{14,16,17,18,22,23,24,25,26} afirman que tanto la preocupación como el estrés o la ansiedad que les provoca la posibilidad de sufrir cáncer se han visto reducidos, en algún artículo¹⁶ hasta en el 100% de los casos y, de forma general, esta disminución se acentúa con el paso de los meses. Solo 1 de los artículos¹⁵ que analizan la preocupación no evidencia menos casos de preocupación por el cáncer, aunque posiblemente se deba a la falta de comparación con respecto al tiempo anterior a la mastectomía de reducción del riesgo.
- ❖ Por último, son 8 los artículos que analizan la satisfacción de las mujeres con respecto a la decisión de haberse sometido a la mastectomía reductora del riesgo, y en todos ellos^{15,16,20,21,22,23,24,26} esta satisfacción queda reflejada en la gran mayoría de las mujeres.

8. Discusión:

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es conocer la afectación psicológica que sufren aquellas mujeres que, bien por poseer una mutación genética en los genes BRCA1/2 o bien por tener una predisposición personal y/o familiar al cáncer de mama, deciden someterse a la mastectomía de reducción del riesgo de sufrir cáncer de mama en uno o ambos senos y a su posterior reconstrucción.

Es una medida muy polémica por su carácter irreversible, por tratarse de un método preventivo más radical que el tratamiento frente al cáncer^{27,28}, por el impacto emocional que puede provocar y por los riesgos y complicaciones asociados; de ahí la importancia de que tanto las mujeres como los profesionales que las tratan, entiendan sus consecuencias (pérdida de sensibilidad, sensación de malestar, dolor en los senos, impacto en la vida diaria...), beneficios y limitaciones, y con ello tomen la decisión en conjunto, de forma responsable y justificada²⁹.

8.1 Impacto emocional:

Para analizar la afectación psicológica de estas mujeres, hemos analizado los estudios centrándonos en la imagen corporal, en la sexualidad y en la preocupación por el cáncer, ya que, aunque por lo general manifiestan satisfacción con la decisión, informan también de una menor satisfacción con respecto a los resultados estéticos y a su feminidad³⁰.

Tras la mastectomía, es importante que la Enfermería valore y ofrezca la oportunidad de hablar a las mujeres sobre las preocupaciones con respecto a su sexualidad (ya que hemos comprobado que es el aspecto más perjudicado). Hablaremos con ellas sobre la posibilidad de que si existiese insatisfacción con los resultados, esta se podría manifestar con la disminución de la auto-confianza en las relaciones, la pérdida de zonas erógenas o molestias en los senos; las induciremos a expresar su satisfacción sobre sus relaciones, sus dificultades o los cambios que han

sufrido por la mastectomía. Para tratar este tema con la delicadeza que se merece, debemos establecer un vínculo cercano con la paciente, sin realizar preguntas de forma directa, permitiéndole que lleve el ritmo de la conversación, demostrándole que entendemos que es un tema muy difícil de tratar y animándola a que no le oculte sus problemas ni sus cicatrices a su pareja, que solo sirve para alargar el proceso de adaptación.

En cuanto a la imagen corporal, hemos comprobado que una tímida mayoría se muestra satisfecha con los resultados obtenidos, aunque también hay una minoría relevante que opina lo contrario, relacionando esta insatisfacción con problemas con los implantes o con una reconstrucción por debajo de sus expectativas. Pero, al contrario que con la sexualidad, la percepción de la imagen corporal evoluciona positivamente a medida que pasan los meses, posiblemente debido al proceso de adaptación y asimilación y al fin definitivo de la reconstrucción. Para ayudar a las pacientes a aceptar su nueva imagen corporal, es necesario explorar y tratar todas las preocupaciones que puedan tener con respecto a sus mamas, a las cicatrices y a la presentación de su nuevo cuerpo frente a los demás. En el caso de aquellas que han optado por el uso de prótesis, proporcionaremos la información necesaria sobre el arreglo personal, los cuidados y el manejo de la prótesis, la existencia de lencería especial...sin olvidar la repercusión personal que puede tener esta nueva situación, y ofreceremos alternativas como las diferentes opciones de reconstrucción siempre que la paciente esté interesada en recibir esta información.

En cuanto a la preocupación por el cáncer, se muestran niveles más bajos con respecto a antes de la cirugía, aunque no se corresponden con unos niveles bajos de forma general porque estas mujeres tienen niveles base superiores y por tanto más difíciles de eliminar. En relación con esto están el estrés y la ansiedad, y queda reflejado que, inmediatamente, tras la cirugía, las mujeres no aprecian una disminución relevante de los mismos con respecto a los meses anteriores al procedimiento, pero es importante señalar que sí se muestra una reducción del estrés y la ansiedad a largo

plazo. A la hora de tratar estos puntos, hay que explicar la importancia de su reducción para la salud física y psíquica, identificar aquellas situaciones, pensamientos o comportamientos que les causan malestar psicológico, enseñar técnicas personales de relajación, buscar alternativas a aquellas actividades que provocan estrés y/o ansiedad, establecer un pensamiento optimista y/o utilizar ayuda social.

8.2 El abordaje por parte de la Enfermería:

Para tratar estos aspectos con las pacientes, el equipo de profesionales sanitarios y, especialmente la Enfermería, debe proporcionar unos cuidados integrales, humanizados y comprometidos, que motiven a la paciente a adaptarse a su nueva situación de salud desde el momento en el que esta cirugía es planteada como opción a seguir, hasta el final de la reconstrucción y la total adaptación de la mujer a todos los cambios por los que va a pasar. No todas las enfermeras se sienten capaces de resolver los problemas psicológicos ya mencionados, más que por falta de tiempo, cortos periodos de hospitalización de las pacientes, ausencia de un espacio íntimo y/o de un momento de tranquilidad y comodidad, por falta de conocimientos actualizados sobre este tema.

Es importante destacar que no todas las pacientes se van a ver afectadas negativamente por la mastectomía, pero, cuando se da esta afectación, es necesario que el abordaje de Enfermería se centre en apoyarlas y ayudarlas en su adaptación y recomendarles que se sientan partícipes de ella, informando y aconsejando sobre todas las opciones que van a surgir a lo largo del proceso. Además, para proporcionar los cuidados es esencial valorar y entender la estructura familiar de cada paciente, el significado que pueden tener con respecto al cáncer y a la mastectomía en función de sus culturas o sus creencias, y las diferentes formas de afrontar la operación y sus resultados, tanto por parte de la mujer como de su círculo más cercano⁶.

Basándonos en los diagnósticos enfermeros de la NANDA, es posible que estas mujeres se ajusten a uno o a varios de los siguientes³¹:

- ❖ Conocimientos deficientes *r/c* poca familiaridad con los recursos para obtener información *m/p* informa del problema.
- ❖ Trastorno de la imagen corporal *r/c* cirugía *m/p* expresa sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo, falta de una parte del cuerpo o expresa temor a la reacción de los otros.
- ❖ Patrón sexual ineficaz *r/c* déficit de habilidades sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la alteración de la estructura o función corporal *m/p* expresa cambios en la actividad o en las conductas sexuales.
- ❖ Ansiedad *r/c* transmisión interpersonal, cambio en el estado de salud *m/p* preocupación, incertidumbre o arrepentimiento.
- ❖ Duelo *r/c* pérdida de un objeto significativo (parte corporal) *m/p* distrés psicológico, sufrimiento o alteración del nivel de actividad.

Una vez que establezcamos los diagnósticos de enfermería apropiados a cada paciente, podremos concretar los objetivos y actividades que realizaremos con cada una de ellas y, así, ayudarlas de manera individualizada a superar todos los puntos que implica este procedimiento.

8.3 Propuesta de nuevas líneas de investigación:

Es conveniente apuntar la necesidad de investigar, tanto para encontrar técnicas propiamente profilácticas frente al cáncer como para mejorar la eficacia de los tratamientos del mismo, que nos ayuden a reducir su incidencia y su mortalidad. Concretamente, en relación a la Enfermería, sería interesante realizar estudios que evalúen los resultados de nuestras intervenciones tanto a las mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de mama como a aquellas que ya padecen la enfermedad y conocer la percepción de las pacientes sobre nuestros cuidados.

9. Conclusiones:

Tras la realización de este Trabajo de Fin de Grado en el que se ha revisado la literatura con el fin de responder a la pregunta de estudio formulada y cumplir los objetivos propuestos, podemos concluir lo siguiente:

- ❖ Por todo lo mencionado anteriormente, aseguramos que los niveles de satisfacción con respecto a la decisión de someterse a esta cirugía son muy altos a pesar del carácter controvertido de la misma; que la afectación psicológica es uno de los puntos de mayor relevancia a la hora de atender a estas mujeres y, por tanto, la forma en la que tratemos este tema va a ayudarlas a lidiar con todos los cambios que esta mastectomía implica y, con ello, a obtener un mayor éxito con todo el proceso.
- ❖ Es incuestionable el impacto psicológico de la mastectomía de reducción del riesgo en términos de imagen corporal, sexualidad y nivel de preocupación frente al cáncer. Esta afectación es debida a los cambios negativos que la mayoría de las mujeres experimentan con respecto a su sexualidad; a los cambios inicialmente negativos en su imagen corporal, aunque se positivizan con el paso del tiempo; a la búsqueda de una disminución de la preocupación por el cáncer que en muchos de los casos es el motivo principal para someterse a esta mastectomía, y a los niveles de estrés y ansiedad que rodean a todo este proceso, manifestados con sentimientos de angustia, inseguridad, aislamiento social y temor al rechazo por parte de los seres queridos, que aunque se reducen de forma considerable con la mastectomía, nunca desaparecen del todo.
- ❖ La Enfermería debe estar capacitada para comprender las experiencias vividas por estas pacientes y ayudarlas en su proceso de adaptación personal y social, precisando para ello ciertas aptitudes y habilidades empáticas y comunicativas. Por eso es importante valorar la necesidad de formación especializada en estos casos, que aumente la calidad de los cuidados y de la atención proporcionada a este tipo de mujeres.

10. Bibliografía:

1. Consejo de Salubridad General. Guía de referencia rápida. Prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el primer nivel de atención. 2008 [acceso 2016 Mar 20]. Disponible en: http://www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/SS-001-08-RR.pdf
2. *American Cancer Society*. Prevención y detección temprana del cáncer de seno. 2015 [acceso 2016 Mar 10]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf>
3. Camacho R. Evaluación del Proceso Asistencial Cáncer de Mama [tesis doctoral]. Huelva: Universidad de Huelva. 2014 [acceso 2016 Mar 12]. Disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9958/Evaluacion_del_proceso_asistencial.pdf?sequence=4
4. Torres-Ajá L. Comportamiento del cáncer de mama en la provincia de Cienfuegos. Quinquenio 2007-2011. *Finlay* [revista en Internet]. 2013 [acceso 2016 Feb 27]; 3(3). Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/141>
5. Asociación Española contra el Cáncer. [sede Web]. España: AECC; 2015 [acceso 2016 May 03]. Cáncer de mama; Disponible en: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/cancerdemama.aspx>
6. Martínez L. Impacto psicológico de la mastectomía en la mujer: el rol de la enfermera. Revisión bibliográfica [trabajo fin de grado]. País Vasco: Escuela Universitaria de Enfermería del País Vasco. España; 2014 [acceso 2016 Mar 09]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/13007/1/TFG.pdf>
7. Cabrera E. Estado emocional y creencias de salud en personas con agregación familiar al cáncer de mama que reciben consejo genético [tesis doctoral]. Cataluña: *Universitat Internacional de Catalunya*. España; 2008 [acceso 2016 Mar 08]. Disponible en:

- http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9354/TESIS_Esther_Cabra.pdf;jsessionid=34EE24A93DA726F125D4A4323E45EBBA.tdx1?sequence=1
8. Levit C. Guía de práctica clínica: Paciente de alto riesgo oncológico. *Gin-62* [revista en Internet]. 2013 [acceso 2016 Mar 18]; 1-19. Disponible en: http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-62%20Pacientes%20de%20Alto%20Riesgo%20Oncologico_v0-13.pdf
 9. Cruzado JA, Pérez P, Olivera H. Consecuencias y necesidades de la intervención psicológica en consejo genético para mujeres en riesgo de cáncer de mama hereditario. *Psicooncología* [revista en Internet]. 2007 [acceso 2016 Mar 07]; 4(2-3): 465-482. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220465A/15664>
 10. Cáncer de mama [sede Web]. A Coruña: ISCIII; [citado 2016 May 01]. Cáncer de mama hereditario [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.micancerdemama.com/index.php/cancer-de-mama-hereditario>
 11. Perry F, García OA, Díaz SE, Guzmán LH, Aristizábal JA, Lehmann C, *et al.* Guía de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Colombia. 2013 [acceso 2016 Mar 20]; 19: 1-38. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Mama/GPC_Prof_Sal_Mama.pdf
 12. Fernández C, Ferrer C, Garcés V, García M, Goicoechea M, Guillén C, *et al.* Guía de práctica clínica en cáncer hereditario. Valencia. *Conselleria de Sanitat*. 2008 [acceso 2016 Mar 18]. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20253/1/2EDICI%C3%93N_guia_cancer_hereditario.pdf
 13. Olivera H, Cruzado JA, Pérez P. Cirugía profiláctica como medida preventiva del cáncer de mama y ovario hereditario. *Psicooncología*

- [revista en Internet]. 2007 [acceso 2016 Mar 02]; 4(2-3): 483-497. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220483A/15674>
14. Altschuler A, Nekhlyudov L, Rolnick SJ, Greene SM, Elmore JG, West CN, et al. *Positive, Negative, and Disparate-women's differing Long-Term Psychosocial Experiences of Bilateral or Contralateral Prophylactic Mastectomy*. *The Breast Journal* [revista en Internet]. 2008 [acceso 2016 Mar 02]; 14(1):25-32. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-4741.2007.00521.x/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+on+Saturday+14th+May+11%3A00-14%3A00+BST+%2F+06%3A00-09%3A00+EDT+%2F+18%3A00-21%3A00+SGT+for+essential+maintenance.Apologies+for+the+inconvenience.&userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>
 15. Geiger AM, West CN, Nekhlyudov L, Herrinton LJ, Liu IA, Altschuler A, et al. *Contentment With Quality of Life Among Breast Cancer Survivors With and Without Contralateral Prophylactic Mastectomy*. *Journal of Clinical Oncology* [revista en Internet]. 2006 [acceso 2016 Mar 15]; 24:1350-1356. Disponible en: <http://jco.ascopubs.org/content/24/9/1350.full.pdf+html>
 16. Kwong A, Chu ATW. *What Made Her Give Up Her Breasts: a Qualitative Study on Decisional Considerations for Contralateral Prophylactic Mastectomy among Breast Cancer Survivors Undergoing BRCA1/2 Genetic Testing*. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* [revista en Internet]. 2012 [acceso 2016 Mar 13]; 13 (5): 2241-2247. Disponible en: http://www.koreascience.or.kr/search/articlepdf_ocean.jsp?url=http://ocean.kisti.re.kr/downfile/volume/apocp/POCPA9/2012/v13n5/POCPA9_2012_v13n5_2241.pdf&admNo=POCPA9_2012_v13n5_2241
 17. Tercyak KP, Peshkin BN, Brogan BM, DeMarco T, Pennamen MF, Willey SC, et al. *Quality of Life After Contralateral Prophylactic*

- Mastectomy in Newly Diagnosed High-Risk Breast Cancer Patients Who Underwent BRCA1/2 Gene Testing. Journal of Clinical Oncology* [revista en Internet]. 2007 [acceso 2016 Mar 25]; 25:285-291. Disponible en: <http://jco.ascopubs.org/content/25/3/285.full.pdf+html>
18. Gopie JP, Mureau MAM, Seynaeve C, ter Kuile MM, Menke-Pluymers MBE, Timman R, et al. *Body image issues after bilateral prophylactic mastectomy with breast reconstruction in healthy women at risk for hereditary breast cancer. Familial cancer* [revista en Internet]. 2012 [acceso 2016 Mar 04]; 12:479-487. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10689-012-9588-5>
 19. Brandberg Y, Sandelin K, Erikson S, Jurell G, Liljegren A, Lindblom A, et al. *Psychological Reactions, Quality of Life, and Body Image After Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women At High Risk for Breast Cancer: A Prospective 1-Year Follow-Up Study. Journal of Clinical Oncology* [revista en Internet]. 2008 [acceso 2016 Mar 04]; 26:3943-3949. Disponible en: <http://jco.ascopubs.org/content/26/24/3943.full>
 20. Rolnick SJ, Altschuler A, Nekhlyudov L, Elmore JG, Greene SM, Harris EL, et al. *What Women Wish They Knew Before Prophylactic Mastectomy. Cancer Nursing* [revista en Internet]. 2007 [acceso 2016 Mar 10]; 30(4):285-291. Disponible en: <http://accidentalamazon.com/WhatWomenWishTheyKnewBeforeProphylacticBMX.pdf>
 21. Spear SI, Schwarz KA, Venturi MI, Barbosa T, Al-Attai A. *Prophylactic Mastectomy and Reconstruction: Clinical Outcomes and Patient Satisfaction. Plastic and Reconstructive Surgery* [revista en Internet]. 2007 [acceso 2016 Mar 17]; 122:1-9. Disponible en: http://journals.lww.com/plasreconsurg/Abstract/2008/07000/Prophylactic_Mastectomy_and_Reconstruction_.1.aspx
 22. Bresser PJ, Seynaeve C, Van Gool AR, Brekelmans CT, Meijers-Heijboer H, Van Geel AN, et al. *Satisfaction with Prophylactic Mastectomy and Breast Reconstruction in Genetically Predisposed Women. Plastic and Reconstructive Surgery* [revista en Internet]. 2006

- [acceso 2016 Mar 18]; 117:1675-1682. Disponible en: http://journals.lww.com/plasreconsurg/Abstract/2006/05000/Satisfaction_with_Prophylactic_Mastectomy_and.1.aspx
23. Geiger AM, Nekhlyudov L, Herrinton LJ, Rolnick SJ, Greene SM, West CN, *et al.* *Quality of Life After Bilateral Prophylactic Mastectomy.* *Annals of Surgical Oncology* [revista en Internet]. 2006 [acceso 2016 Mar 18]; 14(2):686-694. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1245/s10434-006-9206-6>
24. Heiniger L, Butow PN, Coll J, Bullen T, Wilson J, Baylock B, *et al.* *Long-term outcomes of risk-reducing surgery in unaffected women at increased familial risk of breast and/or ovarian cancer.* *Familial Cancer* [revista en Internet]. 2015 [acceso 2016 Mar 19]; 14:105-115. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10689-014-9759-7>
25. Bresser PJC, Van Gool AR, Seynaeve C, Duivenvoorden HJ, Niermeijer MF, Van Geel AN, *et al.* *Who is prone to high levels of distress after prophylactic mastectomy and/or salpingo-ovariectomy?.* *Annals of Oncology* [revista en Internet]. 2007 [acceso 2016 Mar 16]. Disponible en: <http://annonc.oxfordjournals.org/content/18/10/1641.full.pdf+html>
26. Cortesi L, Razzaboni E, Toss A, De Matteis E, Marchi I, Medici V, *et al.* *A rapid genetic counselling and testing in newly diagnosed breast cancer is associated with high rate of risk-reducing mastectomy in BRCA1/2-positive Italian women.* *Annals of Oncology* [revista en Internet]. 2013 [acceso 2016 Mar 22]. Disponible en: <http://annonc.oxfordjournals.org/content/early/2013/11/22/annonc.mdt422.full.pdf+html>
27. Bermejo Pérez MJ, Márquez Calderón S. Efectividad de la cirugía profiláctica, la quimioprevención y la vigilancia intensiva en mujeres portadoras de mutaciones en los genes BRCA 1 y 2 [monografía en Internet]. Andalucía: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2006 [acceso 2016 Feb 28]. Disponible en:

- http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/225_AETSA-2006-10.pdf
28. Gutiérrez C, Rivas B, Cárdenas A. Secuelas de mastectomía subcutánea profiláctica: caso clínico. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* [revista en Internet]. 2008 [acceso 2016 Abr 15]; 34:299-304. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v34n4/299.pdf>
 29. Gahm J. *Bilateral Prophylactic Mastectomy And Immediate Breast Reconstruction With Implants* [monografía en Internet]. Estocolmo: *Karolinska Institutet*; 2009 [acceso 2016 Abr 25]. Disponible en: <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39523/thesis.pdf;sequence>
 30. Zakaria S, Degnim AC. Mastectomía profiláctica. *Surgical Clinicals of North America* [revista en Internet]. 2007 [acceso 2016 Mar 01]; 87: 317-331. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13122703&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=504&ty=163&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=504v87n02a13122703pdf001.pdf
 31. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
 32. Eldor L, Spiegel A. *Breast Reconstruction after Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women at High Risk for Breast Cancer. The Breast Journal* [revista en Internet]. 2009 [acceso 2016 Mar 10]; 15 (1): 81-89. DOI: 10.1111/j.1524-4741.2009.00797.x
 33. Calderón Del Valle SA, Gallón Villegas LJ. Cáncer de mama asociado a mutaciones genéticas de los BRCA 1 y 2. *CES Medicina* [revista en Internet] 2012 [acceso 2016 Mar 05]; 26(2): 185-199. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/viewFile/2392/178>
 34. Olivares ME, Martín MD, Román JM, Moreno A. Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología* [revista en Internet]. 2010 [acceso 2016 Mar

- 05]; 7(1): 81-97. Disponible en:
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120081A/15097>
35. Hartmann LC, Lindor NM. *The Role of Risk-Reducing Surgery in Hereditary Breast and Ovarian Cancer. The New England Journal of Medicine* [revista en Internet]. 2016 [acceso 2016 Mar 20]; 374(5):454-468. Disponible en:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1503523>
36. Lostumbo L, Carbine NE, Wallace J. *Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer* [monografía en Internet]. 2010 [acceso 2016 Mar 01]; 11. DOI: 10.1002/14651858.CD002748.pub3
37. Sánchez T. Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicólogo* [revista en Internet]. 2015 [acceso 2016 Mar 02]; 36(1): 62-73. Disponible en:
<http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/2490.pdf>
38. Fuller S, Cogwell R. *Adjustment Issues Related to Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women at Elevated Risk of Developing Breast Cancer. Plastic Surgical Nursing* [revista en Internet]. 2009 [acceso 2016 Mar 09]; 29 (1): 33-38. Disponible en:
http://journals.lww.com/psjournalonline/Abstract/2006/04000/Adjustment_Issues_Related_to_Bilateral.4.aspx
39. Pérez M, Contreras Y, Olavaria S. Revisión de conceptos fundamentales de la práctica basada en la evidencia. *Ciencia y enfermería XV* [revista en Internet]. 2009 [acceso 2016 Mar 20]; (2):27-34. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art04.pdf>

11. Anexos:

11.1 ANEXO I: Niveles de evidencia³⁸

Tabla 18: Jerarquía de los estudios según USPSTF. **Fuente:** Ciencia y Enfermería XV

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
I	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado en forma apropiada.
II-1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
II-2	Estudios de cohorte o caso control bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
II-3	Múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.