

Impacto psicológico y social de la Mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama.

HOSPITAL TERRITORIAL UNIVERSITARIO "DR. MARIO MUÑOZ MONROY".
MUNICIPIO COLÓN.

Revista Médica Electrónica 2008;30(2)

Impacto psicológico y social de la Mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama.

***Mastectomy's social and psychological impact in patients operated of
mamma cancer***

AUTORES:

[Dra. Zoraida Caridad López Cuevas](#) (1)

Dr. José María González Ortega (2)

Dr. Mario Michel Gómez Hernández (3)

Dr. Mario Miguel Morales Wong (3)

(1) Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesora Instructora. Hospital Territorial Universitario Dr. Mario Muñoz Monroy. Colón

(2) Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesora Asistente. Hospital Territorial Universitario Dr. Mario Muñoz Monroy. Colón

(3) Especialistas de I Grado en Cirugía General. Hospital Territorial Universitario Dr. Mario Muñoz Monroy. Colón.

RESUMEN

Las mamas son uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, siendo las enfermedades que en ellas se desarrollan un factor de mucha preocupación para la mujer. La aparición de un Cáncer de Mama es un elemento de impacto sobre la calidad de vida de dichas pacientes, constituyendo un grave problema de salud aun en países desarrollados. Estudiamos la influencia que tuvo el diagnóstico de carcinoma mamario sobre la calidad de vida de las pacientes afectas. Realizamos un estudio longitudinal retrospectivo de 23 pacientes dispensarizadas por Cáncer de Mama en el Área Comunitaria del Policlínico "Dr. Carlos J. Finlay", en Colón, durante el período comprendido entre enero/2000 a diciembre/2005. A la muestra se le aplicó diferentes tests y encuestas para evaluar calidad de vida, datos demográficos, etc. El 65.3 % de la muestra eran amas de casa, el 74 % le atribuyen a la enfermedad algún rol causal de dificultades económicas. Al evaluar su capacidad de enfrentamiento a esta situación se encontró que el 60.9 % lo hacía con algún nivel de dificultad, lo cual puede estar condicionado a que el 78.2 % quedó con alguna limitación funcional postcirugía. El tratamiento Quimioterápico causó el mayor por ciento de molestias en la vida de relación de las enfermas. En el 47.9 % apareció algún grado de afectación psicológica, siendo las más frecuentes la depresión, la ansiedad y el desinterés por la sexualidad. El 43.5 % de las familias se volvieron disfuncionales al diagnosticársele a un miembro de ellas un cáncer de mama, siendo afectadas la participación social y comunitaria. Es un reto para las ciencias médicas establecer

una estrategia que eleve no sólo la cantidad, sino la calidad de vida de estas pacientes y puedan reinsertarse armónicamente en su medio social y familiar.

DeCS:

MASTECTOMÍA/psicología
NEOPLASIAS DE LA MAMA/quimioterapia
NEOPLASIAS DE LA MAMA/diagnóstico
NEOPLASIAS DE LA MAMA/psicología
CALIDAD DE VIDA
HUMANOS
FEMENINO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad antigua, conocida desde hace más de 3000 años. Se recogen casos descritos como úlceras o tumores de la mama tratados con cauterio caliente en el "Edwin Smith Surgical Papyrus", el documento histórico más antiguo conocido por el hombre moderno (1). Este cáncer ha reclamado muchas víctimas y generaciones tras generaciones de médicos, cirujanos, oncólogos, quimiólogos y radioterapeutas se han esforzado en la lucha contra esta afección empleando diferentes regímenes terapéuticos adecuados para cada una de las épocas.

El cáncer de mama es un grave problema de salud, incluso en los países más desarrollados, siendo la neoplasia más frecuente entre las mujeres y su principal causa de muerte entre los 35 y 50 años. En Cuba ocupa el primer lugar en incidencia de todos los cánceres que afectan el sexo femenino (2). En el año 2002 se diagnosticaron alrededor de 1800 casos nuevos de cáncer de mama en el país, con una tasa de incidencia de 35.1 por cada 100 000 mujeres. En nuestro municipio el número de casos nuevos en el año 2005 fue de 11 y de ellos 8 pertenecen a nuestra Área de Salud .

Las mamas son sin lugar a dudas uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Éstas han desempeñado un papel importante en las diferentes culturas, en el arte e incluso en la filosofía y en la religión de los grupos étnicos y pueblos, (3,4) cuando este órgano es invadido por una enfermedad tan temida como el cáncer, denotando no en pocas ocasiones su pérdida, se producen cambios importantes en el estilo de vida de estas pacientes.

El concepto de calidad nace como relación antropológica a la anterior concepción de la vida como cantidad; en un principio se equiparó con nivel de vida, pero en la actualidad ha evolucionado hacia una perspectiva psicosocial en la que los aspectos subjetivos y el bienestar, o sea, la satisfacción personal con la vida, adquiere una relevancia especial. (5)

Son numerosos los autores que abordan la calidad de vida desde diferentes perspectivas (6,7). FJ. Arrazola (5) considera que la calidad de vida no es equivalente solamente a estados de salud, bienestar o satisfacción con la vida, sino que es un concepto multidimensional que incluye la percepción subjetiva del individuo sobre estos y otros aspectos de la vida. Pero no sólo se trata de algo subjetivo, de un sentimiento o experiencia personal relacionada con la salud, sino intensamente conectada con otros aspectos no médicos; los ingresos económicos, las relaciones familiares, la libertad, el empleo y otras circunstancias de la vida (8).

Es importante no confundir la calidad de vida con la salud puesto que, aunque sus evaluaciones se complementan, son de naturaleza esencialmente diferente. Para Leplejé y Puchot (9) toda situación patológica interfiere de manera particular con la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades. La calidad de vida guarda una relación directa con la medida en que dichas necesidades son satisfechas.

Otros autores como Aaronson, (10) Calman, (6) Planagan, (11) Padilla, (12) Shipper, (13) coinciden en afirmar que la calidad de vida abarca cuatro dominios esenciales: el bienestar físico (autonomía y capacidad física), las molestias somáticas (síntomas a causa de la enfermedad y el tratamiento), el estado psicológico (emoción, ansiedad y depresión), y los problemas de las relaciones sociales (familiares y profesionales), lo cual implica considerar de modo independiente las molestias somáticas de la esfera física. Lugo J. (14) coincidiendo con otros autores, (15,8,9,16) comprende la calidad de vida en tres dimensiones: la física, la psicológica y la social. Según esta multidimensionalidad de la calidad de vida, con la cual coincidimos, está determinada tanto por elementos subjetivos como objetivos, y se relaciona con las esferas de afectación económica, capacidad física, afectación somática y afectación psicosocial (17-19). La pérdida del órgano (mama), requiere adaptación tanto psicológica como social de la paciente y sus familiares, los cuales influyen en la actitud de ésta frente a su problema. La pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos, éstos dependerán de su edad, de sus hijos, de su esposo, sus sentimientos, su trabajo y el grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía (20-23). Existe una connotación social a asociar esta enfermedad con temor a la muerte y a la pérdida de la autonomía. El temor que genera depende de la vivencia que provoca en la paciente la falta de control sobre la enfermedad al no poder hacer nada y las cifras de mortalidad por esta causa; de ahí que su diagnóstico genera imagen de soledad y desamparo, mucho más en el caso del cáncer de mama, por el valor de ésta como órgano sexual (19). En muchas ocasiones el médico de familia no escapa a esta connotación, no teniendo la preparación adecuada para abordar integralmente a estas pacientes, viéndolas como un caso a recibir atención por el especialista en Oncología.

Teniendo en cuenta la incidencia de esta patología en nuestra Área de Salud, la amenaza a la existencia y la incertidumbre que genera su diagnóstico, nos sentimos motivados a la realización de esta investigación con el objetivo de evaluar la influencia de la enfermedad en la calidad de vida de nuestras pacientes y así poder identificar los factores sobre los que sería necesario intervenir para lograr una adecuada rehabilitación e integración de estas pacientes a la sociedad, que sería objeto de un estudio ulterior.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo en pacientes operadas de cáncer de mama pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente "Dr. Carlos J. Finlay" del municipio de Colón, provincia de Matanzas, Cuba, en el período comprendido de enero de 2000 a diciembre del 2005. El universo estuvo conformado por 25 pacientes a quienes después de aplicarles los criterios de inclusión, quedó una muestra constituida por 23 pacientes. Para la inserción en el estudio fue necesario que las pacientes tuvieran un diagnóstico anatomopatológico de cáncer de mama y que hubiesen recibido tratamiento oncológico, excluyéndose del mismo cambio de residencia fuera del municipio, fallecidas, incapacidad para responder al cuestionario (depresión severa, psicosis, metástasis cerebral, retraso mental, demencia senil) o negarse a participar en la investigación. Los datos se obtuvieron del Registro de Cáncer del Departamento de Estadísticas y de las Historias Clínicas del Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz" de Colón, de

las historias clínicas individuales y las historias clínicas familiares de la Atención Primaria de Salud.

Después de revisar instrumentos nacionales e internacionales se confeccionó un cuestionario que fue validado por un grupo de expertos de nuestro municipio, el cual siendo aplicado de forma directa a cada paciente nos permitió obtener las siguientes variables: datos demográficos, dificultades económicas ocasionadas por la enfermedad, enfrentamiento de las dificultades económicas, capacidad funcional actual, tipo de tratamiento adyuvante, repercusión somática del tratamiento oncológico, sexualidad y participación social.

Para la evaluación de la esfera psicológica se aplicaron tres instrumentos: El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el Inventario de Beck y el Mini Examen Cognitivo de Lobo. Se codificaron las variables y se introdujeron en una base de datos, representándose los resultados en tablas para facilitar su análisis y arribar a conclusiones.

RESULTADOS

El mayor aporte de casos estuvo entre el grupo de edades de 60-69 años para un 30.4 %, seguido de los grupos de 50-59 y 70 años y más, ambos con un 26.1 % y en menor frecuencia los grupos de 40-49 y 30-39 con un 13 % y un 4.4 % respectivamente.

El nivel de escolaridad que predominó fue el primario con un 56.2 %, seguido por el nivel secundario con un 17.4 % y en menor medida los niveles preuniversitario y técnico, ambos con un 8.7 %.

El estado civil más frecuentemente observado fue el de casadas con un 82.6 %; correspondió a las divorciadas y solteras un 8.7 %. El 65.3 % de las pacientes son amas de casa, no existió variación del estado ocupacional en relación con la intervención quirúrgica .

En la Tabla No. 1 puede observarse que al 74 % de las pacientes le atribuyen a la enfermedad algún rol causal de dificultades económicas. Un 43.5 % consideran les ha ocasionado algunas dificultades y un 30.5 % muchas, y en relación con la capacidad de enfrentamiento el 39.1 % lo hace sin dificultad, un 34.8 % lo enfrenta con un poco de dificultad y un 26.1 % con mucha dificultad.

Tabla No.1 : Dificultades económicas y capacidad de enfrentamiento.

DIFICULTADES ECONÓMICAS OCASIONADAS	CAPACIDAD ENFRENTAMIENTO						TOTAL	%
	Mucha Dificultad		Un Poco Dificultad		Sin Dificultad			
	#	%	#	%	#	%		
Muchas	4	17.3	2	8.8	1	4.3	7	30.5
Algunas	2	8.8	6	26.0	2	8.8	10	43.5
Ningunas					6	26.0	6	26.0
Total	6	26.1	8	34.8	9	39.1	23	100

Analizando la capacidad funcional (Tabla No.2) de las pacientes apreciamos que el 43.5 % se encuentran ligeramente afectadas, seguidas del 34.7 % que presentan una afectación moderada.

Tabla No. 2. Capacidad funcional .

CAPACIDAD FUNCIONAL	PACIENTES	
	No.	%
Incapacitado	3	13.0
Moderadamente Afectado	8	34.7
Ligeramente Afectado	10	43.5
Sin Afectación	2	8.8
Total	23	100

En la Tabla No. 3 se observa que el mayor por ciento de las pacientes consideran el tratamiento oncológico como fuente importante de molestias en su vida diaria (56.5 %), responsabilizando de ello en mayor medida a la quimioterapia (26 %) seguido del tratamiento mixto con un 17.4 %.

Tabla No. 3 : Tipo de tratamiento oncológico y repercusión somática en la vida diaria.

TIPO DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO	REPERCUSIÓN SOMÁTICA				TOTAL	%
	Molestias		No Molestias			
	No.	%	No.	%		
Radioterapia	3	13.1	5	21.7	8	34.8
Quimioterapia	6	26.0	3	13.1	9	39.1
Mixto	4	17.4	2	8.7	6	26.1
Total	13	56.5	10	43.5	23	100

En relación con el grado de afectación psicológica el 47.9 % presenta algún nivel de depresión (Tabla No.4), seguida de la ansiedad con un 26.1 %.

Tabla No. 4 : Afectación psicológica Post-Tratamiento Quirúrgico.

SINTOMATOLOGÍA	PACIENTES	
	No.	%
Depresión	11	47.9
Ansiedad	6	26.1
Deterioro Cognitivo	1	4.3
Ninguna	5	21.7
Total	23	100

En la Tabla No.5 se identifica que el 52.1 % de las pacientes conserva su interés por la vida sexual, sin embargo el 47.9 % consideran afectada su sexualidad.

Tabla No. 5 : Afectación de la Sexualidad .

SEXUALIDAD	PACIENTES	
	No.	%
Conservada	12	52.1
Afectada	11	47.9
Total	23	100

En la Tabla No. 6 se aprecia que el 56.5 % de las familias de las enfermas se encuentran evaluadas como funcionales seguidas por las disfuncionales con un 43.5 %.

Tabla No 6 : Funcionamiento familiar en hogares de las pacientes operadas de cáncer de mama.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	PACIENTES	
	No.	%
Familia Funcional	13	56.5
Familia Disfuncional	10	43.5
Total	23	100

La participación social de las pacientes en un 43.5 % se considera regular, seguida de buena para un 30.4 %. En la Tabla No.7 observamos que la técnica quirúrgica más empleada fue la No Conservadora, realizada al 87 % de las pacientes, coincidiendo con una mayor afectación en la esfera afectiva a forma depresiva con un 47.9 %, seguida de la ansiosa con el 26.1 %.

Tabla No. 7 : Afectación de la esfera afectiva y tipo de cirugía.

AFECTACIÓN PSICOLÓGICA	TIPO DE CIRUGÍA				TOTAL	%
	Conservadora		No Conservadora			
	No.	%	No.	%		
Ansiedad			6	26.1	6	26.1
Depresión			11	47.9	11	47.9
Ninguna	3	13.0	3	13.0	6	26.1
Total	3	13.0	20	87.0	23	100

DISCUSIÓN

Se evidenció que la edad de mayor frecuencia de presentación del Cáncer de Mama fue de 60-69 años, coincidiendo con otros estudios realizados, (14) sin embargo, en los últimos años se ha demostrado que la edad de aparición del cáncer de mama es cada vez más precoz, alrededor de los 45-65 años. En nuestro país, gracias a la aplicación del Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, (25) se logra identificar un número mayor de casos nuevos en estadios iniciales de la enfermedad, permitiendo tratamientos menos invasivos y elevando los índices de supervivencia con mejor calidad de vida. Según indicaron los resultados existe un predominio del nivel primario de escolaridad, no coincidiendo con otros estudios (14). Es evidente que un bajo nivel cultural dificulta la adecuada interpretación de los fenómenos y el seguimiento correcto de las indicaciones médicas. El estado civil con mayor predominio fue el de casado, este hecho incide como un

factor importante en la calidad de vida, teniendo en cuenta la necesidad de apoyo y comprensión que demandan estas mujeres de las personas más importantes en sus vidas, sobre todo de su esposo, ya que él representa un estímulo y aliento constante para sobreponerse a la crisis que no en pocas ocasiones genera el diagnóstico y la evolución de la enfermedad. (20)

El mayor por ciento de las pacientes le adjudican a la enfermedad algún rol causal de dificultades económicas, sin embargo, la mayoría las enfrentan sin dificultad o con muy poca limitación, coincidiendo con otros estudios nacionales, (14) elemento razonable, pues si tenemos en consideración que el papel de una ama de casa frente a la economía doméstica no sufre una gran variación en relación con los ingresos, aunque al aumentar los gastos, (de medicamentos, alimentación, transporte a la capital provincial para determinadas terapias no realizadas en nuestro municipio) deviene indirectamente en deterioro de su calidad de vida. No obstante, en otros estudios internacionales se le atribuye al estado financiero de las pacientes una causa de deterioro de la calidad de vida, ya que éste limita considerablemente la accesibilidad tanto al tratamiento quirúrgico como al adyuvante. (26)

Se comprobó que la mayor cantidad de pacientes presentaron alguna limitación física que le impedía realizar sus labores habituales. Debemos tener presente que como en cualquier paciente que sufre una enfermedad crónica, en estos enfermos se alteran las relaciones del individuo con su medio, así como sus roles preestablecidos, (19) elementos que de no ser manejados adecuadamente por el equipo básico de salud y los restantes miembros de la familia en aras de lograr una adecuada dinámica familiar, ocasionaría un deterioro de la calidad de vida de las mismas.

El tratamiento oncológico si bien ayuda a elevar la supervivencia de las pacientes, ocasiona: náuseas, vómitos, fatiga, falta de apetito, caída del cabello; síntomas o signos que deterioran su estado físico y no en pocas ocasiones devalúan su autoestima, considerando a la quimioterapia como generadora de mayores molestias en su vida diaria, no existiendo coincidencia con otros estudios que le adjudican el mayor por ciento de malestar o disconformidad a la radioterapia (27).

Para disminuir estos efectos el médico de familia junto al equipo de trabajo debe brindar conocimiento a las pacientes acerca de las características del tratamiento a seguir, dígame posibilidades de recuperación, tiempo de duración, complejidad, efectos adversos, efectos beneficiosos de la terapia adyuvante, etc. (19)

Según estudios realizados, la mayoría de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama sufren un fuerte impacto psicológico ante esta situación de amenaza, presentando diversas respuestas emocionales que les permiten poder aceptar y adaptarse a esta nueva situación. Entre los estados emocionales observados se encuentran el miedo, la ansiedad, la tristeza, la depresión, la angustia, la rabia, la ira, la apatía, el llanto, el abatimiento y la desesperanza, todos éstos en situaciones de amenazas son normales y no se consideran patológicos salvo que su duración, intensidad o frecuencia sean excesivas e interfieran en el funcionamiento de la persona (28,29). En el plano afectivo la depresión fue el síntoma que más incidió en nuestro estudio, aunque en su forma leve, seguido de las manifestaciones ansiosas, coincidiendo con los hallazgos de otros autores (20). Debemos tener presente la forma de abordar psicológicamente a esta paciente que sufre, que teme y que en múltiples ocasiones convive con una familia que afronta, por esta misma causa, una crisis paranormativa.

Según la Organización Mundial de la Salud, (30) Salud Sexual es la integración en el ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación y de dar y recibir amor. Analizando estos parámetros podemos explicarnos el hecho de que prácticamente en la mitad de la muestra se encuentre afectada la sexualidad, coincidiendo con estudios que

proponen la necesidad de involucrar al cónyuge como agente estabilizador de la felicidad familiar y a la vez propulsor del cambio necesario ante las nuevas situaciones, garantizando así un tratamiento más integral y abarcador que desborde la sexualidad y permita alcanzar niveles superiores de bienestar, satisfacción y felicidad, logrando la superación de problemas sexuales en el marco de una relación armónica y de crecimiento espiritual. (21) Estudios realizados demuestran (20) que la paciente y su familia reaccionan al diagnóstico con miedo, hostilidad, ansiedad y sentimientos de culpa, todas estas reacciones se manifiestan bien sea por un proceso de separación y/o aislamiento en general o bien por una ocultación de la afectividad. Como sabemos, la salud familiar sólo es alcanzable cuando el núcleo es capaz de lograr un adecuado funcionamiento familiar interno, sobreponiéndose a las crisis que genera en este caso la enfermedad de uno de sus miembros, tarea fundamental que debe apoyar el equipo básico de salud. En nuestro estudio el mayor número de familias goza de una buena salud familiar, pero nos representa un reto el por ciento casi igualable que no disfruta de esa condición. Para todo ello es importante el trabajo en equipo para poder abordar a las pacientes de una manera integral, con una visión biopsicosocial, brindándole apoyo a la familia y preparándola si es necesario para el largo proceso de la enfermedad e inclusive en algunos casos de estadios avanzados para el duelo.

Nuestras pacientes presentaron una participación social intermedia o regular post-tratamiento. El médico debe ser consciente del estigma social que esta paciente sufre y de los efectos potenciales que esta marca tiene sobre sus relaciones sociales, (19) y debe iniciar un trabajo encaminado a su rehabilitación y reincorporación a la sociedad.

Se evidenció que el tipo de cirugía más utilizada fue la No Conservadora, siendo altamente generadora de ansiedad y depresión en las pacientes. Debemos tener presente que esa cicatriz visible unido a la ausencia de la mama, mueve su mundo emocional generalmente hacia el sentido de la depresión y la autoestima devaluada, deteriorando su calidad de vida, máxime conociendo el gran valor que le da la mujer a su imagen corporal. Otros estudios demuestran que la cirugía conservadora ocasiona menor número de afectaciones psicológicas y por tanto eleva la calidad de vida, la elección del tipo de cirugía está supeditada al estadio clínico de la enfermedad y, por tanto, no es un factor que pueda generalizarse a todos los casos. (31)

A pesar de la supervivencia alcanzada en nuestro país en relación con el cáncer, el éxito de los tratamientos y la formación integral de los profesionales de la salud continúa siendo un reto para las Ciencias Médicas elevar la Calidad de Vida de estas pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robinson JO. Treatment of Breast cancer through the ages. Am J Surg. 1986 Mar; 151(3): 317-33.
2. MINSAP. Registro nacional del cáncer. La Habana: Ciencias Médicas; 1998.
3. Roa TT. Glándula mamaria: Conceptos generales. Indicaciones quirúrgicas. En: Coiffman F. Texto de Cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Científico-Técnica; 1986.p. 955-77.

4. Hans JF, Waltz EM. Theoretical framework for developing measures of quality of life and morale. En: Aaronson NK, Beckman J. The quality of life of cancer patients. New York: Raven; 1987.p.25-36
5. Arrazola Leturia CD. La Valoración de las personas mayores. Evaluar para Conocer. Madrid: Edit Morata; 2001.
6. OPS. Conocer para Intervenir. España: Caritas Españolas; 2001.p. 149-51.
7. Calman KC. Definitions and dimensions of quality of life. En: Aaronson NK, Beckman JH, eds. The quality of life of cancer patients. New York: Raven; 1987.p.1-10.
8. Schipper H. Quality of life: principles of the clinical paradigm. J Psychosoc Oncol. 1990;8(2/3):171-85.
9. Chwalow J. Méthodologie de l'élaboration d'échelles de la Qualité de vie dans les essais cliniques.En: Moatti JP. Recherche clinique et qualité de vie. Paris: Flammarion Médecin-Sciences ;1996.p.20-1.
10. Leplège A, Pouchot J. Réflexion sur l'utilisation des mesures de qualité de vie en population. En: Moatti J-P. Recherche Clinique et ? qualité de vie Paris: Flammarion Médecin-Sciences ;1996.p.32.
11. Aaronson NK. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. Cancer. 1991;67:844-50.
12. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of the art. Arch Phys Med Rehabil. 1982;63:856-9.
13. Padilla GU, Presant C, Grant MM, Metter G, Lisett J, Heide F. Quality of life index for patients with cancer. Res Nurs Health. 1983;6:117-26.
14. Schipper H, Clinch J, Mc Murray A, Lewitt M. Measuring the quality of life of cancer patients. The functional living index-cancer. Development and validation. J Clin Oncol. 1984;2:472-83.
15. Lugo J, Bacallao J, Quinteros G. Validación preliminar y aplicación de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Rev Cubana Oncol. 1993; 14(3): 161-70.
16. Aguiar J, Hernández M, Gómez M. Definición de cáncer. En: Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS; 1994.p.13-4.
17. Livartowski A. Comment intégrer quantité de vie et qualité de vieExemple en cancérologie. En: Moatti JP. Recherche clinique et qualité de vie. Paris: Flammarion Médecin-Sciences; 1996.p.97.
18. Lugo J, Bacallao J, Rodríguez G. Validez de contenido de un cuestionario para medir Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama. Rev Cubana Oncol. 2000; 2(16): 100-6.
19. Grau J. Psicología en Salud. Rev Cubana Oncol. 1999; 15(1): 49-65
20. Pérez C. Atención integral a pacientes oncológicos a la APS. Rev Cubana de Med Gen Integ. 2001; 17(3): 263-7.
21. Borbón J, Besto A. Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. Rev Cubana Med Mil. 2002; 31(1):47-53.
22. Abréu MT. El entorno sociopsicológico de las pacientes con cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Integ. 2001; 16(2): 260-6.
23. Kenny P, King MT, Shiell A. Early stage breast cancer: cost and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy. Breast.2000 feb; 9(1): 37-44.
24. Shreier AM, Willians SA. Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. Oncol Nurs Forum. 2004 Jan-Feb; 31(1): 127-30.
25. Colectivo de Autores. Psicodiagnóstico selección de lecturas. La Habana: Félix Varela; 2003. p. 387-99.

26. Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.p. 786-7.
27. Nagel GC, Schmidt S, Strauss BM, Katenkamp D. Quality of life in breast cancer patient: a cluster analytic approach. Empirically derived of the EORTC-QLQ-BR23. A clinically oriented assessment. Breast Cancer Res Treat. 2001 Jul; 68(1):75-87.
28. Berglund G, Bolund C, Fornander T, Rutquist LE, Sjoden PO. Late effects of adjuvant chemotherapy and postoperative radiotherapy on quality of life among breast cancer patients. Eur J Cancer. 1991; 27(9): 1075-81.
29. Braudberg Y, Arver B, Lindblom A, Sandelin K. Preoperative psychological reactions and quality of life among women with an increased risk of breast cancer who are considering a prophylactic mastectomy. Eur J Cancer. 2004;40(3): 365-74.
30. Badger TA, Bradeu CJ, Mishel MH, Longman A. Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. Res-Nurs Health. 2004; 27 (1): 19-28.
31. Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.p. 786-7.
32. Kartl K. Impact of medical and demographic factor on long term quality of life and body image of breast cancer patients. Ann Oncol. 2003 Jul; 14(7): 1064-71.

SUMMARY

Mammas are one of the most important elements of women beauty, being diseases developed in them a factor of a high preoccupation for women. Apparition of a mamma cancer is an element of impact on the life quality of those patients, being a serious health problem even in developed countries. We studied the influence the diagnosis of mamma cancer had on the life quality of affected patients. We carried out a longitudinal, retrospective study of 23 patients attended for mamma cancer in the Communitarian Area of the policlinic "Dr. Carlos J. Finlay", in Colon, during the period January 2000-December 2005. Different tests and inquiries were applied to evaluate the life quality, demographic data, etc. 65.3 % of the sample were housewives; 74 % of them attributed the disease some role in generating economic difficulties. When we evaluated their capacity of affronting this situation, we found that 60.9 % of them made it with some level of difficulty, which may be conditioned by the reason that the 78.2 % of them presented some post-surgery functional limitations. Chemotherapeutic treatment caused the biggest percent of disturbances in the patients' social life. 47.9 % of them presented some level of psychological affectation, being depression, anxiety and disinterest in sexuality the most frequent of them. 43.5 % of the families became dysfunctional when a mamma cancer was diagnosed to one of their members, being affected the communitarian and social participation. It is a challenge for the medical sciences to establish a strategy to raise not only the life quantity, but also the life quality of these patients, to harmonically reinsert them in their social and familiar environment.

DeCS:

MASTECTOMY/psychology
BREAST NEOPLASMS/drug therapy
BREAST NEOPLASMS/diagnosis
BREAST NEOPLASMS/psychology
QUALITY OF LIFE
HUMAN

**FEMALE
ADULT**

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

López Cuevas ZC, González Ortega JM, Gómez Hernández MM, Morales Wong MM. Impacto psicológico y social de la mastectomía en pacientes operados de cáncer de mama. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(2). Disponible en [URL: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema01.htm](http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema01.htm) [consulta: fecha de acceso]