

Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama

González-Ramírez Leivy Patricia¹*
Orozco-Mares Imelda¹
Rábago-Olivares Katya Aurora¹

1 Departamento de Ciencias de la Salud Poblacional,
Centro Universitario de Tonalá, Universidad de
Guadalajara, México.

* leivy.gonzalez@academicos.udg.mx

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es un grave problema de salud pública en México. La calidad de vida es un complejo constructo que destaca el papel de la subjetividad del individuo, conlleva un relativismo impreso por el contexto cultural y los valores personales, y usualmente su conceptualización incorpora el proceso salud-enfermedad, lo que conlleva una amenaza de ésta ante un diagnóstico como el cáncer. **Objetivo:** Dar a conocer elementos que influyen en la calidad de vida referidos por pacientes con cáncer de mama. **Material y métodos:** Se realizó un estudio etnográfico, a través de entrevistas a profundidad aplicadas a nueve mujeres del estado de Jalisco diagnosticadas con cáncer de mama. Se hizo un análisis sistemático de contenido identificando núcleos temáticos para su posterior interpretación. **Resultados:** Se identificaron los siguientes elementos que impactan en la calidad de vida: apoyo social, estado emocional, rol social y funcionalidad, sintomatología y manejo del dolor, percepción y expectativas de salud, economía, espiritualidad y religiosidad, imagen corporal, estrategias de afrontamiento y atención hospitalaria. **Conclusiones:** Se propone una nueva integración del constructo de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, incluyendo conceptos no descritos de manera conjunta en publicaciones previas y mostrando una interacción multidireccional entre ellas.

Palabras clave: Calidad de vida, cáncer de mama, psicooncología.

Abstract

Introduction: Breast cancer is an important public health problem. Quality of life is a complex construct that emphasizes the role of individual subjectivity, relativism printed by the cultural context and personal values, besides, it incorporates the health-disease process in its definition. **Objective:** Refer the indicators of quality of life reported by patients with breast cancer. **Material and methods:** An ethnographic study was conducted. Nine women diagnosed with breast cancer were interviewed. A systematic content analysis was made; identifying core themes for subsequent interpretation. **Results:** Quality of life indicators were: social support, emotional state, social role and functionality, symptoms and pain management, perception and expectations of health, economic issues, spirituality and religiosity, body image, coping strategies and hospital care. **Conclusion:** A new conceptualization of quality of life is raised, showing a multidirectional interaction between indicators that had not been described together.

Key words: Quality of life, breast cancer, psychooncology.

Introducción

Al ser el cáncer de mama un problema global de salud pública,¹ el estudio de la calidad de vida adquiere relevancia con la población afectada, porque si bien en la actualidad es la principal causa de muerte en mujeres por tumores malignos, también, gracias a los avances en los tratamientos y la detección oportuna, se ha logrado que la tasa de supervivencia aumente considerablemente. Sin embargo, el proceso de la enfermedad, los efectos secundarios de los tratamientos y el impacto de la enfermedad en otras áreas psicosociales de las pacientes como el área laboral, emocional, la imagen corporal y la sexualidad, repercutirán en su calidad de vida.²

La calidad de vida es difícil de definir, incluso se ha llegado a confundir con otros conceptos como bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad.³ En las diferentes definiciones que se dan de este concepto se destaca el papel de la subjetividad del individuo en la calidad de vida, y se observa un relativismo impreso por el contexto cultural, los valores personales o la incorporación del proceso salud-enfermedad en su definición.

Por muchos años, la calidad de vida en el ámbito de la salud fue medida sólo en términos de supervivencia y de signos y síntomas de la enfermedad, sin ninguna consideración respecto de las consecuencias psicosociales. Sin embargo, a partir del modelo biopsicosocial, se da evidencia de la importancia de contar con una visión más amplia de la salud y la enfermedad.⁴

El objetivo de este artículo es dar a conocer cuáles fueron los elementos más representativos que influyen sobre la calidad de vida, referidos por pacientes con cáncer de mama atendidas en hospitales de tercer nivel de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Si bien cada uno de los elementos se pretenden publicar a profundidad por separado,⁵ para poder apreciar de forma extensa las narraciones de las pacientes, típicas en un estudio etnográfico, este artículo se limita a articular el total de las dimensiones que afectan la calidad de vida encontradas en los discursos de las pacientes entrevistadas para este estudio.

Método

Se realizó un estudio cualitativo con un encuadre metodológico etnográfico, que asume la necesidad de una inmersión en esa realidad objeto de estudio, contando para ello con dos herramientas básicas: la observación participante y las entrevistas a profundidad. Se buscó un entendimiento globalizado sobre los elementos que influyen en la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama y, a partir de ahí, extraer respuestas teóricas. La etnografía ofreció profundidad en la comprensión de la que carecen a menudo otros enfoques.⁶

Sujetos de estudio

De enero a junio de 2012, nueve mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que residían en el estado de Jalisco fueron invitadas a colaborar, utilizando muestreo de selección de estructuras. Ellas se atendían en hospitales de tercer nivel de la Zona Metropolitana de Guadalajara, habían sido diagnosticadas en un periodo no mayor a un año al momento de la entrevista y tenían más de 18 años.

Recolección de datos

Para la realización de este estudio se emplearon las siguientes estrategias de recolección de datos:

Observación participante y no participante: con los cuales se obtuvieron datos empíricos de primera mano en las visitas con las participantes.

Libreta de campo: que registró detalles sobre los escenarios y las situaciones del encuentro con las pacientes. Además, se añadieron percepciones sobre emociones o aspectos implícitos en algunas situaciones, pensamientos o contribuciones propias de la subjetividad del investigador, lo cual apoyó en la interpretación de datos y la elaboración de conclusiones.

Entrevistas a profundidad audiograbadas: que permitieron comprender la perspectiva de las entrevistadas sobre su vida, experiencias o situaciones personales tal y como eran expresadas en sus propias palabras.⁷

Interpretación de los datos

Las entrevistas a profundidad se transcribieron en su totalidad en Word Office. Se plateó realizar un análisis sistemático de contenido. En primer lugar, se realizaron numerosas lecturas hasta la familiarización de los relatos. Se extrajeron categorías o núcleos temáticos y posteriormente se definieron códigos dentro de dichas categorías. Las categorías corresponden a los elementos que impactan en la calidad de vida. Cada núcleo temático se iba identificando en los discursos con el consenso entre dos investigadoras. Finalmente, la interpretación buscó dotar de significado las inferencias acerca de las regularidades observadas entre los discursos de las participantes.

Consideraciones éticas

Atendiendo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en vigor desde 1984, todas las participantes fueron informadas

sobre el propósito del estudio y firmaron una carta de consentimiento informado donde se especificaban riesgos mínimos dentro de la investigación, como incomodidad al contestar algunas preguntas, las cuales podrían negarse a contestar.

Resultados

Las características sociodemográficas y clínicas de las participantes se muestran en la tabla 1. Tras el análisis minucioso de los datos, los elementos que impactaron en la calidad de vida que sobresalieron en los discursos de las pacientes fueron: el apoyo social, el estado emocional, el rol social y la funcionalidad, la sintomatología y el manejo del dolor, la percepción y las expectativas de salud, la economía, la espiritualidad y religiosidad, la imagen corporal, las estrategias de afrontamiento y la atención hospitalaria (figura 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas

Edad	Estado civil	Lugar de residencia	Ocupación	Escolaridad	Religión	Número de personas con las que vive	Hijos	Etapla clínica	Tratamiento
44	Casada	Rural	Campo	No estudió	Católica	1	No	IIIA	QT y RT
32	Casada	Rural	Papelería	Secundaria	Católica	5	Si	IIIB	QT
44	Casada	Urbano	Comercio (tianguis)	Secundaria	Católica	3	Si	IIIA	QT, CX y RT
35	Casada	Urbano	Ama de casa	Licenciatura	Católica	2	Si	IIB	QT
64	Casada	Rural	Ama de casa	No estudió	Católica	3	Si	IIB	QT y CX
55	Casada	Rural	Ama de casa	Primaria	Católica	4	Si	IIB	QT, CX y RT
44	Casada	Urbano	Ama de casa	Secundaria	Católica	4	Si	IIB	QT y CX
66	Soltera	Rural	Limpieza en hogares	Primaria	Católica	3	No	IIIA	QT y CX
39	Casada	Rural	Campo y comercio informal	Secundaria	Católica	9	Si	IIIB	QT y RT

Nota: Significado de abreviaturas: Quimioterapia (QT), Radioterapia (RT), Cirugía (CX).



Figura 1. Elementos que impactan en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama

En cuanto al apoyo social, la fuente más importante fue el cónyuge, seguido de los hijos y hermanos. Predominaba el apoyo emocional e instrumental, y mucho menos mencionado, el apoyo informacional.

Si no estuviera él (esposo) pues ya me hubiera muerto de tristeza...

La dinámica familiar se modificó por completo con el abandono de ciertas actividades cotidianas de la paciente, la necesidad de cuidados hacia ella y, como consecuencia, la adopción de nuevas responsabilidades de otros miembros de la familia. Este apoyo fue disminuyendo con el tiempo, según lo refieren las pacientes que llevaban mayor tiempo tras el diagnóstico. Cabe mencionar, que tres mujeres reconocen que ante la crisis que su enfermedad provoca, son ellas quienes se volvieron “fuente de apoyo social” para sus familiares.

Pos mi esposo dice, dice, “Yo ya siento que se me acabó el mundo”, dice “Ya no tengo ganas de hacer nada”, le digo “¡Cóómo de que no!”, digo, “Ámonos”, él se puso malo de depresión, de verme a mí... Un día se me agachó allí en la mesa..., y luego ya le digo “Ándale, y párate a, y ponte a almorzar. ¡Párate de ahí de la mesa! ¿Por qué vas

a estar clavado en la mesa?”, le digo “A mí no me gusta que estés así, ¿se te haría muy bonito que yo anduviera clavada, y que tú me tuvieras que dar de almorzar?”, le digo “¡Y no estás tan malo!”, le digo... “¡Nada que estás malo!, ¡no!”.

Las pacientes notaban en sus hijos preocupación ante la enfermedad, reflejadas en preguntas, estados de ánimo y conductas de protección o cuidado hacia la mujer. Con los pequeños, surge en las entrevistadas una doble preocupación; por un lado, de atender su enfermedad y por el otro, de asegurar el cuidado de los hijos. Las mujeres con hijos mayores pueden descargar en ellos actividades o responsabilidades, principalmente del hogar. El rol de madre les brindaba un motivo para luchar contra la enfermedad e inclusive derivar en cambios en el estilo de vida en toda la familia para disminuir riesgos posteriores a raíz de esta conciencia de enfermedad que se refuerza con el diagnóstico.

Respecto al segundo indicador, el diálogo con las pacientes entrevistadas reflejaba una carga importante de componente emocional, por medio de expresiones, tono y modulación de voz a lo largo de sus discursos. Fue común encontrar ambivalencia en la expresión de sus emociones; la noticia del diagnósti-

co fue la que mayor mezcla de emociones generó. La tristeza se hacía evidente y su expresión no necesitaba muchas palabras:

... Se le acaba a uno casi ya todo, como sus ilusiones.

Algunas pacientes viven esta emoción de manera privada, aisladas, tratando de ocultar a su familia sus reacciones y emociones, refiriéndolo como “hacerse la fuerte”. El miedo se expresó también en todas las pacientes, derivado del riesgo a morir, enfrentarse a los tratamientos y por la incertidumbre que todas manifestaron hacia el futuro.

La severidad de la enfermedad, los tratamientos, el impacto emocional y otras variables, afectaron la funcionalidad de las pacientes y por ende se alteraron sus roles sociales. Se decidió agrupar estos dos elementos, dado que en el diálogo adquirirían una estructura circular y ambos se retroalimentaban. Todas las pacientes entrevistadas modificaron sus actividades cotidianas. Algunas actividades trataban de mantenerlas con precauciones; en otros casos, las pacientes prolongaban su inactividad bajo la creencia de que les hacía “daño”. En el ámbito laboral, cinco pacientes que tenían un trabajo remunerado previo al diagnóstico, lo abandonaron confiando en que esta decisión era lo mejor para su salud. Aquellas pacientes que no trabajaban, a pesar de que algunas de sus actividades cotidianas en el hogar disminuyeron, no abandonaron del todo su rol como amas de casa. A pesar de esto, todas las pacientes entrevistadas refirieron una sensación de inutilidad, la cual se despertó cuando se modificaron o dificultaron sus actividades cotidianas.

Por su parte, la sintomatología, y particularmente el dolor, afectó directamente la calidad de vida de las pacientes, generando costos para tratar de controlarlos o suprimirlos y precipitando estados emocionales negativos. Fue notorio en un par de pacientes, quienes mostraban una actitud optimista ante la enfermedad, que hubo menos síntomas y dolor percibidos, en contraste con el resto de las pacientes quienes referían mayor tristeza o miedo.

Lo anterior también se relaciona con el siguiente indicador: la percepción y las expectativas de salud. A pesar de los avances para el tratamiento del cáncer, no se ha podido erradicar por completo la creencia

de “cáncer igual a muerte” en las pacientes, lo que produce ansiedad, depresión o miedo. A partir de la sospecha de un diagnóstico, y más aún al confirmarse, la percepción de salud y las expectativas de la enfermedad se van formando con base en los síntomas, las creencias e inclusive con base en la experiencia de otras personas o lo que éstas dicen.

... ¡Por poco ya no me alivio!, ¡a lo mejor ya de aquí de esta enfermedad ya me muero!... ¿Sabe?... Es que cuando me dan esos mareos, qué tal si..., si me dan esos mareos y ya no vuelvo, me muero.

El diagnóstico de cáncer impacta en la economía de la paciente y su familia. En lo que respecta a esta área, el esposo y otros familiares suelen ser la principal fuente de apoyo económico para la paciente. Se suman instituciones gubernamentales y asociaciones civiles, brindando ayuda en transporte, alojamiento, medicamentos o estudios no cubiertos por el sistema de salud.

En relación a la espiritualidad y religiosidad, no faltaron frases como “Gracias a Dios”, “Si Dios quiere”, “Esperemos en Dios”, etcétera. De manera más clara, en todas las pacientes había frases que sugerían la enfermedad como un designio de Dios. En sus oraciones hacia Dios, solían solicitar bienestar, fortaleza, o bien agradecían una situación superada (por ejemplo la noticia de una cirugía exitosa). La fe en Dios era vista como una manera de hacer frente a su situación. Algunas de ellas incluso comparten el nuevo significado que le dan a su enfermedad o a su propia vida gracias a la espiritualidad. La práctica de la religión era a través rezos, asistir a misa o a retiros espirituales, tener imágenes religiosas y practicar la confesión o la comunión. Todas estas prácticas son referidas por las nueve pacientes entrevistadas.

Por su parte, las pacientes más jóvenes manifestaron en su discurso el impacto que la enfermedad ha tenido en su físico y, por tanto, en su imagen corporal. Efectos secundarios de la quimioterapia y la mutilación de la cirugía son las principales causas generadoras de estos cambios. La caída del cabello, el cambio de color y deterioro de las uñas, la pérdida del pecho y la variación en el peso son algunos de los cambios que más impactaron a estas mujeres.

Sí, lo que me traumó también, yo creo que más que cuando me dijeron que tenía cáncer, fue cuando se me cayó el cabello...

Pueden ser variadas las estrategias de afrontamiento que utilizan las pacientes para hacer frente a su enfermedad. La mayoría de las pacientes se centraba en el significado, que les ayudaba a formular un “porqué” de su enfermedad y el impacto que tendría en sus vidas.

... Es como una, una lección que me está dando Dios para que ¡abra los ojos! Y me den más ganas de vivir. Así lo veo yo...

Por último, la atención hospitalaria incidía de manera directa en el bienestar de las pacientes entrevistadas. Sugerencias aportadas para mejorar la atención fueron la concientización a algunos miembros del personal de salud sobre dar siempre un trato amable y digno, brindar orientación sobre todo en las primeras citas al hospital, así como mejorar la organización con las citas para evitar esperas prolongadas dentro de los hospitales.

Discusión

Tras el análisis realizado, se propone que la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama se fundamenta en la autoevaluación sobre el estado de bienestar o satisfacción autopercibida en las distintas esferas de la vida de las pacientes, donde se incluyen e interactúan las relaciones sociales (apoyo social), el estado emocional, el rol social, la funcionalidad, la sintomatología y el manejo del dolor, la percepción y expectativas de salud, la economía, la espiritualidad y religiosidad, la imagen corporal, las estrategias de afrontamiento y la atención hospitalaria.

En relación al apoyo social, y concordando con otros autores,¹ el esposo y los hijos suelen ser la fuente primaria de apoyo, particularmente emocional, instrumental y material. Además, el apoyo social se ha vinculado ampliamente a la calidad de vida,^{1,2,8} resaltando la influencia que tiene para afrontar las emociones negativas generadas por el diagnóstico, tales

como el estrés, el miedo o la depresión.¹ La modificación en la dinámica familiar, ligada al cambio en la funcionalidad de las pacientes, se discute ampliamente en otro artículo,⁵ coincidiendo con el hallazgo del declive del apoyo social que se da tras el diagnóstico con otros estudios reportados.⁸

La tristeza, el miedo y la incertidumbre fueron emociones derivadas del diagnóstico que frecuentemente fueron referidas por las pacientes entrevistadas. Eventos como el diagnóstico, la cirugía, el inicio de los tratamientos, pueden precipitar dichas emociones, aunque se verán mediadas por factores como la personalidad o los recursos sociales con que cuente cada persona.⁹ La tendencia a ocultar las emociones, particularmente frente a la familia con la intención de “no preocupar”, fue algo característico de nuestras participantes.

Se ha reportado que el dolor es un síntoma que llega a presentarse hasta en el 60% de las pacientes con cáncer de mama, impactando en su calidad de vida si no es manejado adecuadamente.^{10,11} Además del manejo farmacológico, y debido al componente subjetivo que se ha encontrado en algunas pacientes respecto al dolor,¹² otro tipo de estrategias como masajes o actividad física se han sugerido para su manejo.¹⁰ Se ha sugerido que la aceptación de la enfermedad, el tipo de locus de control e incluso el apoyo social pueden estar relacionados con la percepción de su enfermedad, incluyendo la intensidad experimentada de dolor y otros síntomas de las pacientes.^{12,13}

Respecto a la economía, a raíz del diagnóstico todas las pacientes entrevistadas vieron afectada su economía, pese a que contaran con una cobertura amplia para su enfermedad en su tipo de seguridad social. El impacto económico generado por esta enfermedad, no sólo a nivel personal, sino social, ha sido reconocido.¹⁴ Se ha evidenciado que los bajos ingresos en las familias, o los elevados costos asociados a la enfermedad, afectan no sólo en el acceso a la salud, sino también la imagen corporal, el impacto psicosocial (particularmente siendo otro generador de estrés), la funcionalidad y las relaciones interpersonales.¹⁵

La espiritualidad es descrita como las creencias profundas acerca de lo sagrado, el espíritu o el alma humana. Por su parte, la religiosidad va vinculada a la práctica de alguna religión, sus rituales y creencias

específicas.¹⁶ La espiritualidad ha sido asociada a la calidad de vida, como un recurso para experimentar menos síntomas de depresión, mejor humor, mayor bienestar y un afrontamiento basado en el significado.¹⁶ Algunas de las ventajas de la espiritualidad reportadas para las pacientes con cáncer de mama y sus cuidadores incluyen: proveer una orientación en la vida, ayudar en el manejo de la enfermedad y facilitar la recuperación. Todo esto, al ser acompañado de una actitud de crecimiento personal, con sensaciones de estar conectado con Dios y atribuir un significado elevado a la enfermedad.¹⁷

Por su parte, en la percepción de la imagen corporal, sobre todo en mujeres jóvenes, se deben atender las distorsiones que pudieran generar y que suelen tener gran impacto en su autoestima y sexualidad, y por ende, de manera global en su calidad de vida. De acuerdo con lo reportado por la literatura, los hallazgos del presente estudio apuntan a que los efectos secundarios de los tratamientos, como la pérdida del seno, la caída del cabello, la disminución en la funcionalidad, son factores que suelen asociarse a la femineidad, la maternidad y el atractivo, por tanto tienen una fuerte influencia en la imagen corporal de las pacientes.^{18, 19} Se ha reportado que las mujeres que se someten a una mastectomía usualmente se sienten deformadas, mutiladas, asimétricas, menos femeninas y sexualmente menos atractivas. Tienden a disminuir su valor como persona y evitan verse a ellas mismas desnudas.¹⁸ Este impacto en la imagen corporal afecta la recuperación psicosocial a largo plazo de las pacientes.²⁰ Las cirugías reconstructivas son un elemento que ha favorecido la calidad de vida, pues mejoran la imagen corporal de las pacientes que fueron sometidas a cirugía.²¹

Por otro lado, la mayoría de las pacientes entrevistadas buscaban afrontar el cáncer buscando un significado para su enfermedad. Se ha encontrado en otros estudios que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama suelen utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento positivas, y aquellas que no lo hacen experimentan niveles muy bajos de calidad de vida.^{2, 8}

Por último, la atención hospitalaria influyó en la percepción sobre la calidad de vida en estas pacien-

tes debido a la relación estrecha que puede tener con la recuperación de su salud.²² Concordando con otras propuestas,²³ es ideal que el médico o el personal de salud indicado discuta todas las preguntas y decisiones con la paciente y sus familiares, brindando información clara y veraz, ya que con ello ayuda a reducir la incertidumbre, la ansiedad y el estrés, lo que contribuye a crear expectativas más apegadas a la realidad. Además de la familia, el personal de salud suele constituir una de las fuentes más importantes de apoyo social para la paciente, particularmente en el tipo de apoyo informativo.¹

Existen varias limitaciones en el presente estudio. En primer lugar, el número de muestra y el tiempo utilizado para realizar la investigación (seis meses), considerado reducido para el uso metodológico de la etnografía. Además, no se orientó la investigación a buscar diferencias por algunas “variables” clínicas como la etapa clínica o el tratamiento, sino más bien a buscar las coincidencias entre las experiencias de las participantes.

Conclusiones

La calidad de vida es un constructo multidimensional que adquiere relevancia para las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, en parte, debido al aumento de la sobrevivencia en este grupo. Evaluar y atender cada uno de los elementos encontrados que influyen en la calidad de vida, tales como el apoyo social, el estado emocional, el rol social, la funcionalidad, la sintomatología y el manejo del dolor, la percepción y expectativas de salud, la economía, la espiritualidad y religiosidad, la imagen corporal, las estrategias de afrontamiento y la atención hospitalaria, brindará a las pacientes y sus familias una atención integral que contribuirá a la recuperación de su salud biopsicosocial.

AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a cada una de las participantes que compartieron su experiencia ante la enfermedad.

Referencias

1. Zhang, H., Xiao, L. & Ren, G. (2018). Experiences of Social Support Among Chinese Women with Breast Cancer: A Qualitative Analysis Using a Framework Approach. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 24: 574-581.
2. Durá-Ferrandis, E., Mandelblatt, J. S., Clapp, J., Luta, G., Faul, L., Kimmick, G., Cohen, H. J., Yung, R. L. & Hurria, A. (2017). Personality, coping, and social support as predictors of long-term quality-of-life trajectories in older breast cancer survivors: CALGB protocol 369901 (Alliance). *Psycho-oncology*, 26(11): 1914-1921.
3. Hernández Meléndez, E. & Grau Abalo, J. (2005). *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
4. Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud*. Sexta ed. México: McGraw Hill.
5. González Ramírez, L. P., Estrada Pineda, C., Robles García, R., Orozco Mares, I., Meda Lara, R. M. & Daneri Navarro, A. (2014). Estudio exploratorio de relación entre la percepción de apoyo social instrumental y la modificación de roles familiares en mujeres con cancer de mama. *Psicooncología*, 11(1): 59-69.
6. Goetz, J. P. & LeCompte, M. D. (1988). *Características y orígenes de la etnografía educativa*. Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Morata.
7. Vela Peón, F. (2001). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En: *Sociales LC (Ed). Observar, Escuchar, Comprender La Tradición Cualitativa en la Investigación Social*. Ciudad México: El Colegio de México, FLACSO.
8. Paek, M. S., Ip, E. H., Levine, B. & Avis, N. E. (2016). Longitudinal reciprocal relationships between quality of life and coping strategies among women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(5): 775-783.
9. Spatuzzi, R., Vespa, A., Lorenzi, P., Miccinesi, G., Ricciuti, M., Cifarelli, W., Susi, M., Fabrizio, T., Ferrari, M. G., Ottavian, M., Giulietti, M. V., Merico, F. & Aieta, M. (2016). Evaluation of social support, quality of life, and body image in women with breast cancer. *Breast Care*, 11(1): 28-32.
10. Dias Reis, A., Vieira Teixeira Pereira, P. T., Rodríguez Diniz, R., Lopes de Castro Filha, J. G., dos Santos, A. M., Trovello Ramallo, B., Assenço Alves Filho, F., Navarro, F. & Santos García, J. B. (2018). Effect of exercise on pain and functional capacity in breast cancer patients. *Health and quality of life outcomes*, 16(1): 58.
11. Miaskowski, C., Paul, S. M., Cooper, B., West, C., Levine, J. D., Elboim, C., Hamulsky, D., Abrams, G., Luce, J., Dhruva, A., Langford, J., Merriman, J., Kober, K., Baggett, C. & Leutwyler, H. (2014). Identification of patient subgroups and risk factors for persistent arm/shoulder pain following breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 242-253.
12. Czerw, A., Religioni, U. & Deptała, A. (2016). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*, 23(4): 654-661.
13. Hughes, S., Jaremka, L. M., Alfano, C. M., Glaser, R., Povoski, S. P., Lipari, A. M., Agnese, M., Farrar, W. B., Yee, L. D., Carson III, W. E. & Malarkey, W. B. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 42: 38-44.
14. Park, J. H., Lee, S. K., Lee, J. E., Kim, S. W., Nam, S. J., Kim, J. Y., Ahn, J. S., Park, W., Yu, J. & Park, Y. H. (2018). Breast Cancer Epidemiology of the Working-Age Female Population Reveals Significant Implications for the South Korean Economy. *Journal of breast cancer*, 21(1): 91-95.
15. Chang, O., Choi, E. K., Kim, I. R., Nam, S. J., Lee, J. E., Lee, S. K., Im, Y. H., Park, Y. H. & Cho, J. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(20): 8607-12.
16. Gesselman, A. N., Bigatti, S. M., Garcia, J. R., Coe, K., Cella, D. & Champion, V. L. (2017). Spirituality, emotional distress, and post-traumatic growth in breast cancer survivors and their partners: an actor-partner interdependence modeling approach. *Psycho-oncology*, 26(10): 1691-1699.
17. Ragen Sterba, K., Burris, J. L., Heiney, S. P., Ruppel, M. B., Ford, M. E. & Zapka, J. (2014). "We both just trusted and leaned on the Lord": a qualitative study of religiousness and spirituality among African American breast cancer survivors and their caregivers. *Quality of Life Research*, 23(7): 1909-1920.
18. Miaja, M., Platas, A. & Martínez-Cannon, B. A. (2017). Psychological Impact of Alterations in Sexuality, Fertility, and Body Image in Young Breast Cancer Patients and Their Partners. *Revista de Investigación Clínica*, 69(4): 204-209.

19. Barthakur, M. S., Sharma, M. P., Chaturvedi, S. K. & Manjunath, S. K. (2017). Body image and sexuality in women survivors of breast cancer in India: Qualitative findings. *Indian journal of palliative care*, 23(1), 13.
20. Morone, G., Iosa, M., Fusco, A., Scappaticci, A., Alcuri, M. R., Saraceni, V. M., Paolucci, S. & Paolucci, T. (2014). Effects of a multidisciplinary educational rehabilitative intervention in breast cancer survivors: the role of body image on quality of life outcomes. *The Scientific World Journal*, 2014: 1-11.
21. Teo, I., Reece, G. P., Christie, I. C., Guindani, M., Markey, M. K., Heinberg, L. J., Crosby, M. A, Fingeret, M. C. (2016). Body image and quality of life of breast cancer patients: influence of timing and stage of breast reconstruction. *Psycho-Oncology*, 25(9): 1106-1112.
22. Sánchez-Pedraza, R., Ballesteros, M. P. & Anzola, J. D. (2010) Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Rev salud pública*, 12(6):889-902.
23. Secoli, S. R., Pezo Silva, M. C., Alves Rolim, M. & Machado, A. L. (2005) El cuidado de la persona con cáncer. *Index Enferm*, 34-9.