

# Calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama inicial

FRANCISCO GIL, MARÍA LLERAS DE FRUTOS, ANNA CASELLAS-GRAU

*Observatorio de Atención Psicosocial en Cáncer. Servicio de Psicooncología. Observatorio de Atención Psicosocial en Cáncer. Instituto Catalán de Oncología-Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona*

## RESUMEN

En nuestra práctica clínica es habitual que, tras finalizar el tratamiento e iniciar el periodo de seguimiento, las pacientes esperen guías, recomendaciones y atención a las secuelas físicas y psicológicas que padecen. Esta necesidad es la que está promoviendo programas de transición desde el tratamiento al cuidado. En la presente revisión, señalamos cuáles son estas necesidades o secuelas y las intervenciones o programas que se han desarrollado para este fin.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer. Transición. Supervivencia. Programas. Seguimiento. Calidad de vida.

## ABSTRACT

*In our clinical practice, it is usual that after finishing the treatment and starting the follow-up period, patients wait for guidelines, recommendations and attention to the physical and psychological sequelae they suffer. This need is what is promoting transition programs from treatment to care. In this review, we point out what these needs or sequelae are, and the interventions or programs that have been developed for this purpose.*

**KEYWORDS:** Cancer. Transition. Survival. Programs. Follow-up. Quality of life.

## INTRODUCCIÓN

En general, las mejoras en la detección precoz y en el tratamiento de algunos de los cánceres más comunes han resultado en una mejora de la supervivencia en muchos países, lo que ha conducido a la comunidad asistencial y científica a reforzar el foco sobre esta fase de la enfermedad (1,2). Este mayor enfoque a la fase de supervivencia ha dado a conocer que entre el 35 % y el 38 % de pacientes con cáncer desarrollan unos niveles de malestar emocional significativo a lo largo de la enfermedad, lo que puede producir interferencias con su funcionamiento diario y comprometer su calidad de vida (3). Focalizarnos en el cuidado integral de la persona, desde el diagnóstico hasta la supervivencia, incluyendo factores psicosociales, es clave para proporcionar un cuidado de calidad (4,5).

La transición de paciente a superviviente puede tener un papel relevante en la calidad de vida de las supervivientes de cáncer mama, por lo que una atención específica es necesaria para ayudar a estas pacientes a reanudar sus vidas y mejorar su calidad de vida (6). La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama supervivientes ha surgido como un importante problema de salud (7).

## CALIDAD DE VIDA EN MUJERES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA

Los principales factores que afectan a la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama después de completar el tratamiento oncológico incluyen síntomas físicos y psicológicos (8) y de apoyo social (9-11).

De hecho, muchas pacientes con cáncer de mama experimentan trastornos físicos y psicológicos, síntomas que incluyen depresión, ansiedad, afectación de la imagen corporal, deterioro cognitivo, trastornos del sueño, dolor y fatiga. A medida que aumenta el malestar emocional por la experiencia de los síntomas, disminuye el funcionamiento físico y social. Asimismo, se produce una disminución general de la calidad de vida. Y es que los síntomas físicos y psicológicos que experimentan las pacientes con cáncer de mama se controlan durante todo el periodo de tratamiento, pero estos síntomas pueden persistir durante años incluso después de finalizarlo, lo que dificulta el regreso de las pacientes a la vida normal (8).

Algunos estudios reportan información sobre el eventual efecto modulador de algunas variables de tipo sociodemográfico que pueden conllevar una mayor calidad de vida. Por su parte, Protesoni y Grille (2021) (12) no encontraron una relación significativa entre la calidad de vida de las pacientes y su edad, el nivel educativo, el lugar de residencia o las creencias espirituales. Por el contrario, Lashbrook y cols. (2018) (4), en su revisión de la literatura, resaltan la importancia de las creencias religiosas y de la espiritualidad como factores importantes al preservar la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama. También Kroenke y cols. (2013) (13) hallaron que las supervivientes de cáncer de mama de entre 30 y 40 años de edad gozaban de menos calidad de vida que las de 50-60 años. De hecho, una menor edad en el momento del diagnóstico tiene una tendencia de ser un predictor de mayor vulnerabilidad emocional, incluso después de los tratamientos activos (5,14). El nivel educativo de las mujeres supervivientes de cáncer de mama también se ha estudiado como una variable moduladora de la calidad de vida. En concreto, aunque algunos estudios no encontraron relación entre estas variables, como el de Protesoni y Grille (2021) (12) o el de Goula y cols. (2020) (15), la literatura tiende a apuntar que existe una relación directa entre ellas (11). Así, el mayor nivel educativo facilita a las mujeres el acceso a información, a encontrar más estrategias de control de la enfermedad, a desarrollar relaciones personales más positivas y a aceptar mejor el apoyo de su entorno, lo que resulta en una mejor calidad de vida.

En relación al estado marital de las mujeres, la literatura apunta a que las mujeres que no están casadas o no viven en pareja tienden a mostrar unos niveles más bajos de calidad de vida en comparación con las mujeres casadas o emparejadas (16). Esta asociación parece que está relacionada con el apoyo social percibido, que es mayor en mujeres casadas o con pareja y que, en su caso, mejora su calidad de vida (17). De hecho, distintos estudios destacan el papel positivo de un mayor apoyo social en promover una mayor calidad de vida (9,10,18,19). Parece que, al percibir mayor apoyo social, las pacientes con cáncer de mama afrontan

más activamente los problemas de salud y desarrollan una visión más positiva de la vida y una mejor autoestima (10,11). Otra variable que fomenta una mayor percepción de apoyo social es la situación laboral de la mujer: aquellas mujeres que vuelven a trabajar durante los cinco primeros años de supervivencia de la enfermedad tienden a manifestar una mayor calidad de vida que aquellas mujeres que siguen sin un empleo o están jubiladas (20). Es así si perciben un mayor apoyo social y mantienen un sentimiento de empoderamiento e independencia personal (15). A su vez, un mayor apoyo social percibido resulta en el desarrollo de crecimiento postraumático para mejorar el bienestar de la mujer y menor miedo a la recidiva (4). Además, un mayor bienestar contribuye a una menor sintomatología depresiva, menos problemas para dormir y, a su vez, menos fatiga (18). Las supervivientes de cáncer de mama deben controlar continuamente su salud para prevenir las complicaciones del tratamiento del cáncer y la recurrencia. El sentimiento de autoeficacia les permite hacer frente activamente a los problemas de salud derivados de la enfermedad y a participar en conductas saludables de autocuidado (9,10).

El grado de gravedad del cáncer de mama es una variable predisponente a una peor calidad de vida de las mujeres supervivientes de cáncer de mama, probablemente por su mayor temor a una recidiva, así como a un tratamiento oncológico previo más agresivo (5). Por otra parte, el tiempo desde el diagnóstico no parece ser una variable influyente en la calidad de vida, según el estudio de Chapman y cols. (2019) (5), pero estos resultados contradicen la mayoría de la literatura, que apunta a una mayor calidad de vida cuanto más tiempo haya pasado desde el diagnóstico (21). También, el hecho de haber sido tratada con quimioterapia da lugar a que las pacientes reporten menos actividad, fatiga, mayor necesidad para dormir, mayor disfunción sexual y dolor persistente (21).

#### SECUELAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA

El abordaje del cáncer de mama incorpora los últimos avances en el tratamiento biomédico, pero es necesario incluir la atención a los aspectos de calidad de vida y psicosociales, principalmente en la transición del tratamiento al seguimiento (supervivencia).

Acudir a una revisión médica u obtener unos resultados puede producir tanto alivio como angustia. Es muy importante que la paciente disponga de un equipo de salud integrado, médico y psicooncológico, a quienes pueda consultar cómo detectar y mejorar las secuelas físicas y emocionales, en la transición del tratamiento al cuidado, en esta etapa de supervivencia inicial.

## SECUELAS FÍSICAS

Diversos estudios informan de las secuelas tras el tratamiento (Tabla I). La edad avanzada y el nivel educativo afectan a la calidad de vida tras el tratamiento. Tras el periodo en el que se ha recibido el tratamiento oncoespecífico y entrar en el periodo de seguimiento y de cuidado, sentirse física y emocionalmente bien está asociado con una mejor calidad de vida y la presencia de menos síntomas. Asimismo, sentirse esperanzada y tener una propuesta de vida se hallan relacionados con un mayor sentimiento de felicidad. Por ello, establecer objetivos de vida con la paciente superviviente podría mejorar su calidad de vida durante el periodo de seguimiento.

Por el contrario, un gran número de supervivientes de cáncer reportan dolor persistente, especialmente durante los primeros años después de finalizar el tratamiento (22), lo que disminuye su calidad de vida. También la pérdida de la fuerza física y muscular, la artralgia y la disminución de la capacidad cardiorrespiratoria han sido reportadas por distintos estudios como efectos laterales de los tratamientos oncológicos, que se alargan incluso después de su compleción (22-26). De hecho,

la fatiga es uno de los síntomas con más impacto sobre la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama, y aunque tiende a menguar a lo largo de los años tras la finalización de los tratamientos oncológicos, se recomienda una monitorización y un tratamiento específicos, dada su coocurrencia con problemas psicológicos, cognitivos, físicos y de funcionamiento global (22).

A su vez, las mujeres que han sido tratadas de cáncer de mama expresan algunos problemas de funcionamiento específicos de su sexo relacionados con los trastornos de tipo menopáusicos, especialmente los problemas sexuales y los sofocos (22,27,28).

Junto con estas secuelas físicas, los déficits cognitivos parecen ser unos de los mayores retos para las mujeres supervivientes de cáncer de mama. En concreto, los estudios reportan quejas de las pacientes en relación con problemas mnemónicos y problemas atencionales (22). Parece que tales problemas cognitivos podrían ser inducidos por la toxicidad generada por parte del tratamiento de quimioterapia, como la polineuropatía, que puede provocar alteraciones del equilibrio y de la marcha, lo que aumenta el riesgo de caídas, hormigueos, dolor o supone la pérdida de la motricidad fina, lo que dificulta las actividades diarias o de ocio (22).

TABLA I.  
SECUELAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS EN PACIENTES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA

<i>Autores</i>	<i>Participantes</i>	<i>Medidas</i>	<i>Resultados</i>
Kang y cols. 2017 (56)	283 supervivientes (< 50 años al diagnóstico)	Calidad de vida y felicidad dos años después del diagnóstico	14,5 %, 43,8 %, 32,5 % y 2,1 % responden estar muy feliz, feliz, neutral y no feliz en absoluto, respectivamente. Las supervivientes felices señalan presentan una mejor calidad de vida (67,6 frente al 49,6, $p < 0,01$ ) y menos síntomas. Comparadas con las supervivientes no felices, las felices sienten una mayor certidumbre sobre el futuro (27,2 % frente al 11,9 %, $p < ,01$ ), una fuerte propuesta de vida (22,4 % frente al 9,3 %, $p < ,01$ ), y se sienten esperanzadas (36,4 % frente al 8,5 %, $p < 0,01$ )
Bloom y cols. 2004 (31)	185 mujeres supervivientes	Calidad de vida (síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales)	Cinco años después del diagnóstico, el 92 % señala que su salud es buena o excelente y solo un 10 % informa de que su salud ha empeorado
Mehnert y cols. 2008 (32)	1083 supervivientes (media de 47 meses desde el diagnóstico)	Calidad de vida, ansiedad, depresión y estrés postraumático	38 % y 22 % presentan de moderada a alta ansiedad y depresión, respectivamente, 12 % con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático
Alonso- Moreno J y cols. 2020 (57)	1078 supervivientes (7 años de seguimiento)	Calidad de vida (componentes físicos y mentales)	Predictores de mala calidad de vida fueron un bajo nivel educativo y edad avanzada

## SECUELAS PSICOLÓGICAS

Uno de los predictores de malestar emocional (*distress*) en las pacientes es su reciente transición a la supervivencia (29,30). No obstante, transcurridos 5 años desde el diagnóstico, las pacientes señalaron que su salud es buena o excelente (31). Sin embargo, una alta proporción de pacientes presenta altos niveles de ansiedad, depresión y sintomatología de estrés postraumático, y estas personas necesitan que sus profesionales de referencia les informen sobre los recursos de salud mental de su centro o de su comunidad (32,33) (Tabla I).

## MEJORAR LA VIDA DIARIA

Los tratamientos de cáncer de mama pueden fallar en el abordaje de los aspectos psicosociales y de calidad de vida asociados a la transición a la supervivencia, tanto en mujeres como en hombres (estigmatización social) (34-36). Sin embargo, diversas publicaciones señalan el beneficio en la calidad de vida (físico, emocional y sexual) durante el seguimiento de las supervivientes que reciben atención a través de programas de transición de tratamiento a cuidado (Tabla II).

Prestar atención a ciertos signos fundamentales y promover conductas favorables al autocuidado individualizado pueden prevenir la necesidad de realizar atención específica por parte de especialistas en salud mental.

## ESTABLECER UNA ESTRUCTURA DIARIA SANA (NORMALIZAR)

La transición desde el tratamiento oncoespecífico al seguimiento (fase de cuidado) requiere de una distribución equilibrada de trabajo, de actividad y de ocio.

Esta normalización ayuda a centralizar la atención en los aspectos relevantes de la vida de la paciente. Una estructura de vida estable pero no rígida puede ayudar a concentrarse y a prestar menor atención a las secuelas, acabado el tratamiento, y a reducir el miedo a una recaída.

Esta estructura diaria debería incluir un tiempo para acostarse y levantarse, reflexionar y relajarse, una dieta sana, tiempo para las relaciones sociales, ejercicio físico y actividades de ocio, además de las revisiones médicas, o alguna de las anteriores. Es importante ser amable y tener comprensión ante las limitaciones y las dificultades que se presentan y que pueden entorpecer o enlentecer la recuperación. El camino es individual.

La vuelta al trabajo y el desarrollo de hábitos de trabajo saludables pueden ser importantes, ya pueden proporcionar empoderamiento, apoyo social y sentimiento de competencia. Promueven la capacidad de concentrarse, de organizar el propio trabajo y equilibrar el trabajo con otras prioridades vitales. En ocasiones, el sentimiento de incapacidad y la autopercepción negativa pueden conllevar un aumento del malestar emocional y un agravamiento de otros síntomas físicos o psicológicos.

## MEJORAR EL SUEÑO

Las personas supervivientes de cáncer de mama pueden sufrir periodos con alteraciones del sueño durante el tratamiento oncoespecífico y después. Los problemas de sueño también son de los problemas más recurrentes entre las supervivientes de cáncer de mama, que parecen correlacionarse con los problemas de tipo cognitivo y con mayor ansiedad y fatiga (22,37,38).

Cuanto más grave sea la alteración del sueño, mayor agotamiento físico y emocional, lo que puede llevar a una mayor dificultad para realizar las actividades diarias

TABLA II.  
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DE TRANSICIÓN DESDE EL TRATAMIENTO ONCOESPECÍFICO AL CUIDADO (SEGUIMIENTO)

<i>Autor/es</i>	<i>Participantes</i>	<i>Medidas</i>	<i>Intervención</i>	<i>Resultados</i>
Dow Meneses y cols. 2007 (54)	256 supervivientes de cáncer de mama (durante el primer año de supervivencia)	Calidad de vida (física, psicológica, social y espiritual)	Intervención psicoeducativa (educación y soporte)	El programa fue efectivo en la mejora de la calidad de vida a lo largo del seguimiento (6 meses) en comparación al grupo control
Vardy y cols. 2021 (55)	206 supervivientes (cáncer colorrectal, de mama, digestivo, de pulmón y otros)	Calidad de vida, ejercicio físico, peso, malestar emocional y síntomas físicos	Programa para supervivientes (control del ejercicio físico, dieta, tabaco, alcohol y secuelas físicas y psicológicas del tratamiento)	Incremento del ejercicio físico y control del peso, mejora en malestar emocional y secuelas físicas (dolor y cansancio)

y a ser más vulnerable a un agravamiento de otra sintomatología. Aunque en la mayoría de los casos los problemas para conciliar o para mantener el sueño se deben a una alteración en su patrón, no debería descartarse el carácter traumático que tiene la experiencia del cáncer, por lo que pueden presentarse síntomas postraumáticos como la preocupación o la rumiación ansiosa, los despertares nocturnos o la reexperimentación en forma de pesadillas.

Las pautas de higiene del sueño mejoran la calidad del sueño. Estas recomendaciones o pautas conductuales en muchas ocasiones pueden ayudar a evitar el consumo de benzodiacepinas para dormir.

#### AUTOCUIDADO Y EJERCICIO FÍSICO

Tras haber recibido una mastectomía y un tratamiento oncológico neoadyuvante o adyuvante, se requiere de un trabajo de autocuidado y una aceptación de los cambios. En ocasiones, las supervivientes tienden a evitar mostrarse desnudas o el reinicio de sus relaciones íntimas o afectivo-sexuales. En algunas pacientes aparecen sentimientos de vergüenza o de rechazo hacia sí mismas.

El ejercicio físico puede ayudar en los tres puntos de la enfermedad: en la incidencia, en la mortalidad y en la mejora de la calidad de vida de las supervivientes (39). Entendemos por *ejercicio físico* en pacientes supervivientes aquella actividad física planificada y orientada a mejorar la salud y que se realiza de forma habitual. Es recomendable realizar ejercicio físico diario adaptado a su capacidad física tras el tratamiento, así como disponer de tiempo libre y para la relajación todos los días de manera estructurada, de 30 minutos a una hora diaria. El ejercicio físico que se recomienda realizar durante y después del tratamiento se denomina *ejercicio oncológico*. Ejercicio oncológico es aquel realizado de forma habitual, planificado y supervisado por un especialista en el ámbito del cáncer y adaptado a las necesidades de la paciente con el fin de prevenir, reducir o eliminar los efectos secundarios de algunos tratamientos (pérdida de masa muscular, aumento de masa grasa, osteopenia/osteoporosis, reducción de la capacidad física, daños cardíacos, reducción de la fuerza del miembro superior y limitación funcional, linfedema, fatiga crónica, neuropatías periféricas, dificultad respiratoria o capacidad ventilatoria reducida, mareos o pérdidas del equilibrio, niveles bajos de estrógenos y dolor), incluyendo ejercicios de resistencia, tonificación, movimientos articulares y estiramientos, entre otros (40). Los programas que incluyen ejercicio físico, educación y apoyo muestran una mejora en la calidad de vida de las pacientes y se recomiendan durante el tratamiento y en los planes de cuidado en la etapa temprana de supervivencia (41,42).

#### DESARROLLAR HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLES

Es recomendable que la paciente pueda disponer de tratamiento nutricional especializado, si es necesario. Debe haber un referente que pueda proporcionar consejos básicos de nutrición, formas de cocinar y ayuda para una planificación sana de las comidas. Todo ello favorecerá la normalización de la dieta, lo que mejora síntomas como la astenia o el rechazo a algunos tipos de alimentos tras el tratamiento oncoespecífico.

El American Institute for Cancer Research (AICR) y la International Agency for Research in Cancer (IARC) proponen diferentes pautas como medidas de prevención de cáncer y mejoría en la adaptación a las secuelas, pero se recomienda individualizar las recomendaciones.

#### VOLVER A LA CALMA: TIEMPO LIBRE Y RELAJACIÓN

El proceso oncológico vivido y sus secuelas pueden dificultar encontrar la calma y retomar las actividades sociales y de ocio. Es importante tener en cuenta el nivel de energía de cara a planificar las actividades durante el tiempo libre.

#### ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LA SUPERVIVIENTE DE CÁNCER DE MAMA

El nivel de malestar psicológico en todas las etapas y transiciones es crucial en la evolución de la propia enfermedad, ya que incluso llega a aumentar el tiempo de supervivencia o a reducir la mortalidad (43,44). En la fase de la supervivencia puede mantenerse o iniciarse un importante malestar emocional en un número elevado de pacientes (30-40 %) (43). Por este motivo, las personas con estrés elevado y malestar emocional sostenido en esta etapa pueden tener una peor calidad de vida, pobre autocuidado, peor adherencia a los tratamientos oncohematológicos posteriores u otros problemas adaptativos y afectivos (45). A pesar de ello, no son muchos los estudios de atención psicosocial y psicooncológica que se centran en este momento concreto del proceso oncológico (19).

Una importante mayoría de supervivientes de cáncer pueden adaptarse a estas fases, física y emocionalmente, sin intervención de profesionales de la salud mental, mediante sus propias capacidades y estrategias de afrontamiento o a través del apoyo de sus familiares, amistades y profesionales de la salud (red de apoyo básica, con las recomendaciones comentadas en el apartado anterior). Sin embargo, son aquellas personas más afectadas psicológicamente y en las que se generan mayores problemáticas que afectan a la calidad de vida global las que serían tributarias de intervenciones psicooncológicas específicas (46,47). En estos casos, el tratamiento psicológico especializado temprano puede mejorar la adaptación y la calidad de vida (19,47,48),

lo que también repercute en el tiempo de supervivencia (43,44,49). Las intervenciones psicooncológicas tienen efectos positivos mantenidos en la reducción del malestar emocional y de los síntomas de estrés postraumático, de la ansiedad, de la depresión y del miedo a la recaída, así como en la mejora de la calidad de vida asociada con la salud y el estatus de salud general, además de en el tiempo libre de enfermedad (46,48,49).

La investigación clínica en psicoterapia desarrollada para supervivientes de cáncer se ha centrado generalmente en disminuir el sufrimiento emocional reactivo al proceso de enfermedad (48). La literatura relaciona el mantenimiento del estrés con cambios neuroendocrinos y la afectación del sistema inmune, que pueden repercutir en la calidad de vida y favorecer la progresión del cáncer (50). Por este motivo, aquellas acciones relacionadas con reducir el estrés y el malestar de la supervivencia son las que más evidencia han mostrado en mejorar la calidad de vida global de las personas, como las intervenciones de relajación, las que ayudan a gestionar las emociones que generan malestar o las que promueven el apoyo social. Durante las últimas décadas ha aumentado el interés científico también sobre los aspectos de funcionamiento psicológico positivo que también aparecen como resultado de una experiencia como el cáncer y en cómo favorecerlos facilita la adaptación a la enfermedad. Por ejemplo, en el contexto de supervivencia, la psicoterapia positiva (49) o la psicoterapia basada en el sentido (51) han mostrado su eficacia.

Por desgracia, en la actualidad, el acceso a un tratamiento psicooncológico de calidad en absoluto es universal en nuestro país. Concurren diferentes razones por las que se mantienen estas dificultades de asistencia, como los escasos recursos disponibles, el difícil y limitado acceso o la dificultad para la detección temprana de esas necesidades. Una fórmula para generar mayor oportunidad de acceso a un tratamiento psicológico de calidad es realizarlo de forma grupal.

A pesar de que los grupos moderados o conducidos por profesionales se hayan multiplicado en las últimas décadas, los primeros en aparecer fueron los grupos de autoayuda y apoyo mutuo entre pacientes con cáncer, alrededor de los años cuarenta o cincuenta del siglo pasado. Los grupos de terapia vinieron después, inicialmente muy estructurados y centrados en transmitir información y posteriormente, más exploratorios a nivel interpersonal y más emocionales (52). A principios de los ochenta del siglo pasado la psicoterapia de grupo para pacientes con diagnósticos oncológicos recibió mayor apoyo institucional y demostró su efectividad. Los muchos beneficios encontrados servían de catalizadores para una mejor calidad de vida, que repercutía incluso en el tiempo de supervivencia de las personas participantes (52).

Por el mismo motivo por el que aparecieron los grupos de autoayuda presenciales (la necesidad de las personas con diagnóstico de cáncer de encontrarse

y de compartir su experiencia), la aparición de Internet y la posibilidad de entrar en contacto con personas mucho más allá de su propio territorio ha supuesto una revolución. La mayor accesibilidad y generalización del uso de las nuevas tecnologías a partir de la década de los noventa del siglo xx ha generado que el número de personas que utilizan Internet en relación a temas de salud aumente (Lleras y cols., 2019).

En pacientes con diagnósticos oncológicos, los primeros grupos *online* en aparecer también fueron los de autoayuda (en formato de comunicación asincrónica escrita) (53). Posteriormente, el uso de las tecnologías ha supuesto una vía de acceso a tratamientos psicooncológicos de calidad, creados o moderados por profesionales de la psicología, lo que ha reducido algunas dificultades de la presencialidad previa, como las relacionadas con el efecto de los tratamientos médicos que impiden la asistencia regular al hospital, problemas socioeconómicos, de reinserción laboral, de situaciones familiares u otras dificultades de conciliación. Es por eso que el uso de Internet, espontáneo o guiado por profesionales de la psicología, tiene un impacto generalmente positivo en la persona que lo realiza. Favorece el conocimiento sobre la enfermedad, la calidad de vida, el bienestar psicológico, la percepción de apoyo social, el autocuidado y otras conductas relacionadas con la salud y el proceso de toma de decisiones (53).

Podemos concluir que aquellas intervenciones psicooncológicas que abordan el malestar emocional, reducen el estrés mantenido y promueven el crecimiento postraumático tienen importantes beneficios en la calidad de vida de las supervivientes y en el progreso de su enfermedad. Esto sucede en cualquiera de las modalidades (individual, grupal, presencial u *online*) de los tratamientos revisados, es decir, aquellos con suficiente evidencia empírica.

## CONCLUSIONES

Las mujeres supervivientes de cáncer de mama informan de necesidades no cubiertas, mejoras en la atención a las secuelas físicas y psicológicas, y guías para cambios en su estilo de vida (ejercicio físico, nutrición y manejo del estrés) (41). Esta ha sido la razón que ha impulsado el desarrollo de programas de transición desde el tratamiento al cuidado (seguimiento).

*Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.*

### CORRESPONDENCIA:

Francisco Gil  
Servicio de Psicooncología  
Observatorio de Atención Psicosocial en Cáncer  
Instituto Catalán de Oncología-Hospitalet  
Avinguda de la Granvia de l'Hospitalet, 199-203  
08908 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona  
e-mail: fgil@iconcologia.net

## BIBLIOGRAFÍA

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Hemal A. Cancer Statistics, 2022. *CA Cancer J Clin* 2022;72:7-33.
2. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2022). Cáncer de mama [acceso: 22 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/>
3. Adler NE, Page AEK. *Cancer for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Washington, DC: The National Academy Press; 2018.
4. Lashbrook MP, Valery PC, Knott V, Kirshbaum MN, Bernardes CM. Coping strategies used by breast, prostate, and colorectal cancer survivors. A literature review. *Cancer Nurs* 2018;41:23-39.
5. Chapman B, Helmrath S, Derakshan N. Perceived cognitive functioning and its influence on emotional vulnerability in breast cancer. *Health Psychol Open* 5019;6:2055102919871661.
6. Garofalo JP, Choppala S, Hamann HA, Gjerde J. Uncertainty during the transition from cancer patient to survivor. *Cancer Nurs* 2019;32:E8-14.
7. Jacobs LA, Shulman LN. Follow-up care of cancer survivors: challenges and solutions. *Lancet Oncol* 2017;18:e19-29.
8. Park JH, Jung YS, Jung YM, Bae SH. The role of depression in the relationship between cognitive decline and quality of life among breast cancer patients. *Support Care Cancer* 2019;27:2707-14.
9. Fong AJ, Scarapicchia TMF, McDonough MH, Wrosch C, Sabiston CM. Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psycho-Oncol* 2017;26:664-81.
10. Lee JH, Kim HY. Symptom distress and coping in young Korean breast cancer survivors: the mediating effects of social support and resilience. *J Korean Acad Nurs* 2018;48:241-53.
11. Ozdemir D, Tas Arslan F. An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-Oncol* 2018;27:2214-9.
12. Protesoni AL, Grille S. Variables predictivas de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2021;18:261-75.
13. Kroenke CH, Dwan ML, Neugut AI, Ergas IJ, Wright JD, Caan BH, et al. Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Res Treat* 2013;139:515-27.
14. Levkovich I, Cohen M, Alon S, Kuchuk I, Nissenbaum B, Evron E, et al. Symptom cluster of emotional distress, fatigue and cognitive difficulties among young and older breast cancer survivors: The mediating role of subjective stress. *J Geriatr Oncol* 2018;9(5):469-75.
15. Goula I, Alikari V, Charalampous G, Tzavella F, Zyga S, Tsironi M, et al. Social support and quality of life in Greek women with breast cancer during chemotherapy and two years later. *Health Psychol Report* 2020;8:97-106.
16. Martínez ME, Unkart JT, Tao L, Kroenke CH, Schwab R, Komenaka I, et al. Prognostic significance of marital status in breast cancer survival: A population-based study. *PLoS One* 2017;12(5):e0175515.
17. Salim NF, Borhani F, Pour MB, Khabazkhoob M. Correlation between perceived social support and resilience in the family of patients with cancer. *J Res Med Dent Sci* 2019;7:158-62.
18. Moreno PI, Dooley LN, Bower JE. Unique associations of eudaimonic and hedonic wellbeing with psychosocial adjustment in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2018;36(5):649-57.
19. Park JH, Jung YS, Kim JY, Bae SH. Determinants of quality of life in women immediately following the completion of primary treatment of breast cancer: A cross-sectional study. *PLoS One* 2021;16(10):e0258447.
20. Tamminga SJ, Jansen LP, Frings-Dresen MHW, de Boer AGEM. Long-term employment status and quality of life after cancer: A longitudinal prospective cohort study from diagnosis up to and including 5 years post diagnosis. *Work* 2020;66(4):901-7.
21. Kirca K, Kutlutürkan S. Symptoms Experience and Quality of Life in The Patients with Breast Cancer Receiving the Taxane Class of Drugs. *Eur J Breast Health* 2018;14(3):148-55.
22. Schmidt ME, Wiskemann J, Steindorf K. Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis. *Qual Life Res* 2018;27(8):2077-86.
23. Klassen O, Schmidt ME, Scharhag-Rosenberger F, Sorkin M, Ulrich CM, Schneeweiss A, et al. Cardiorespiratory fitness in breast cancer patients undergoing adjuvant therapy. *Acta Oncol* 2014;53(10):1356-65.
24. Klassen O, Schmidt ME, Ulrich CM, Schneeweiss A, Potthoff K, Steindorf K, et al. Muscle strength in breast cancer patients receiving different treatment regimes. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2017;8(2):305-16.
25. Lakoski SG, Barlow CE, Koelwyn GJ, Hornsby WE, Hernández J, Defina LF, et al. The influence of adjuvant therapy on cardiorespiratory fitness in early-stage breast cancer seven years after diagnosis: the Cooper Center Longitudinal Study. *Breast Cancer Res Treat* 2013;138(3):909-16.
26. Beckwée D, Leysen L, Meuwis K, Adriaenssens N. Prevalence of aromatase inhibitor-induced arthralgia in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 2017;25(5):1673-86.
27. Stabile C, Goldfarb S, Baser RE, Goldfrank DJ, Abu-Rustum NR, Barakat RR, et al. Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2017;165(1):77-84.
28. Santen RJ, Stuenkel CA, Davis SR, Pinkerton JV, Gompel A, Lumsden MA. Managing Menopausal Symptoms and Associated Clinical Issues in Breast Cancer Survivors. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102(10):3647-61.
29. Syrowatka A, Motulsky A, Kurteva S, Hanley JA, Dixon WG, Meguerditchian AN, et al. Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 2017;165(2):229-45.
30. Wells KJ, Drizin JH, Ustjanauskas AE, Vázquez-Otero C, Pan-Weisz TM, Ung D, et al. The psychosocial needs of underserved breast cancer survivors and perspectives of their clinicians and support providers. *Support Care Cancer* 2022;30(1):105-16.
31. Bloom JR, Stewart SL, Chang S, Banks PJ. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psychooncology* 2004;13(3):147-60.
32. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 2008;64(4):383-91.
33. O'Hea EL, Creamer S, Flahive JM, Keating BA, Crocker CR, Williamson SR, et al. Survivorship care planning, quality of life, and confidence to transition to survivorship: A randomized controlled trial with women ending treatment for breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2022;40(5):574-94.
34. Culbertson MG, Bennett K, Kelly CM, Sharp L, Cahir C. The psychosocial determinants of quality of life in breast cancer survivors: a scoping review. *BMC Cancer* 2020;20(1):948.
35. Vuksanovic D, Sanmugarajah J, Lunn D, Sawhney R, Eu K, Liang R. Unmet needs in breast cancer survivors are common, and multidisciplinary care is underutilised: the Survivorship Needs Assessment Project. *Breast Cancer* 2021;28(2):289-97.
36. Younas A, Sundus A, Inayat S. Transitional experience of men with breast cancer from diagnosis to survivorship: An integrative review. *Eur J Oncol Nurs* 2019;42:141-52.
37. Lowery-Allison AE, Passik SD, Cribbet MR, Reinsel RA, O'Sullivan B, Norton L, et al. Sleep problems in breast cancer survivors 1-10 years posttreatment. *Palliat Support Care* 2018;16(3):325-34.
38. Henneghan A, Stuijbergen A, Becker H, Kesler S, King E. Modifiable correlates of perceived cognitive function in breast cancer survivors up to 10 years after chemotherapy completion. *J Cancer Surviv* 2018;12(2):224-33.
39. GLOBOCAN. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
40. Ramos S, Vázquez ML. *Oncología integrativa (II): integrando otras miradas en el proceso de atención a pacientes oncológicos*.

- Cátedra de Hidrología Médica USC-Balnearios de Galicia, Facultad de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela (USC); 2017.
41. Knobf MT, Winters-Stone K. Exercise and cancer. *Annual Review Nursing Research* 2013;31:327-65.
  42. Sung KM, Yu M, Kang YS, Gu MO, Jung MS, Eun Y, et al. The Effects of a Tripod Approach for Cancer Patients on Illness Stress, Health-Promoting Lifestyle, Hope, and Resilience. *Cancer Nurs* 2021;44(2):125-35.
  43. Brédart A, Merdy O, Sigal-Zafrani B, Fiszer C, Dolbeault S, Hardouin JB. Identifying trajectory clusters in breast cancer survivors' supportive care needs, psychosocial difficulties, and resources from the completion of primary treatment to 8 months later. *Support Care Cancer* 2016;24(1):357-66.
  44. Oh PJ, Shin SR, Ahn HS, Kim HJ. Meta-analysis of psychosocial interventions on survival time in patients with cancer. *Psychol Health* 2016;31(4):396-419.
  45. Swartzman S, Booth JN, Munro A, Sani F. Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: A meta-analysis. *Depress Anxiety* 2017;34(4):327-39.
  46. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R. Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013;31(6):782-93.
  47. Syrowatka A, Motulsky A, Kurteva S, Hanley JA, Dixon WG, Meguerditchian AN, et al. Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 2017;165(2):229-45.
  48. Tauber NM, O'Toole MS, Dinkel A, Galica J, Humphris G, Lebel S, et al. Effect of Psychological Intervention on Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Oncol* 2019;37(31):2899-915.
  49. Ochoa-Arnedo C, Prats C, Travier N, Marqués-Feixa L, Flix-Valle A, de Frutos ML, et al. Stressful Life Events and Distress in Breast Cancer: A 5-Years Follow-Up. *Int J Clin Health Psychol* 2022;22(2):100303.
  50. Shields GS, Spahr CM, Slavich GM. Psychosocial Interventions and Immune System Function: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry* 2020;77(10):1031-43.
  51. Van Der Spek N, Vos J, Van Uden-Kraan CF, Breitbart W, Cuijpers P, Holtmaat K, et al. Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psychol Med* 2017;47(11):1990-2001.
  52. Kaplan H, Sadock BJ. *Terapia de grupo*. Panamericana; 1996.
  53. Lleras de Frutos M, Casellas-Grau A, Sumalla EC, de Gracia M, Borràs JM, Ochoa Arnedo C. A systematic and comprehensive review of internet use in cancer patients: Psychological factors. *Psychooncology* 2020;29(1):6-16.
  54. Dow Meneses K, Yarbro CH. Cultural perspectives of international breast health and breast cancer education. *J Nurs Scholarsh* 2007;39(2):105-12.
  55. Vardy JL, Liew A, Turner J, Kerin-Ayres K, Butler S, Deguchi C, et al. What happens to cancer survivors attending a structured cancer survivorship clinic? Symptoms, quality of life and lifestyle changes over the first year at the Sydney Cancer Survivorship Centre clinic. *Support Care Cancer* 2021;29(3):1337-45.
  56. Kang D, Kim IR, Choi EK, Yoon JH, Lee SK, Lee JE, et al. Who are happy survivors? Physical, psychosocial, and spiritual factors associated with happiness of breast cancer survivors during the transition from cancer patient to survivor. *Psychooncology* 2017;26(11):1922-8.
  57. Alonso-Molero J, Dierssen-Sotos T, Gómez-Acebo I, Fernández de Larrea Baz N, Guevara M, Amiano P, et al. Quality of Life in a Cohort of 1078 Women Diagnosed with Breast Cancer in Spain: 7-Year Follow-Up Results in the MCC-Spain Study. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(22):8411.