

Inspección médica

Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama

Problems and psychological factors in the return to work process after prolonged temporary disability due to breast cancer

José Manuel Vicente Pardo¹, Araceli López-Guillén García²

1. Equipo Valoración Incapacidades. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Gipuzkoa. España.

2. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Murcia. España.

Recibido: 11-07-17

Aceptado: 30-08-17

Correspondencia

josemanuvicente@gmail.com

Araceli.lgg@gmail.com

Resumen

Resumen: El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en la mujer, afecta en su mayor parte a mujeres en plena edad laboral, entre los 45-65 años. Los avances terapéuticos han logrado una muy alta prevalencia (supervivientes) cercana al 86%, pero es la primera causa de muerte en la mujer entre los 35-55 años. Tiene una gran repercusión económica por gastos sanitarios, gastos en prestaciones de incapacidad, pérdida de salarios, pérdida de productividad del sistema económico y pérdidas por absentismo a las empresas. Su tratamiento en general es intenso, prolongado, y origina intenso malestar emocional y una mala calidad de vida que daña el ámbito personal, familiar y social. De forma especial afecta negativamente a la imagen corporal y a la autoestima de la mujer. Tal vez por ello es causa frecuente de largas bajas (ausencia prolongada del trabajo) y de retorno laboral difícil tanto por los efectos del tumor y los secundarios del tratamiento, como por la aparición de trastornos psiquiátricos «menores»: estrés, ansiedad, depresión y trastornos adaptativos. El retorno laboral es más dificultoso cuando aparecen procesos psicológicos y a veces causa más incapacidad que el propio cáncer y sus secuelas. El 36% de las mujeres con cáncer de mama sufre depresión y precisa de apoyo psiquiátrico, y el 55% padece algún tipo de trastorno emocional por ansiedad o trastorno adaptativo, el cual precisa cuando menos de apoyo psicológico y de prescripción de ansiolíticos en alguna de las fases del tratamiento del cáncer. Los factores psicológicos guardan relación directa con la actitud y esta es determinante con referencia al retorno al trabajo. Por otra parte la presencia de ansiedad y/o depresión disminuye la capacidad de la mujer con cáncer para tolerar el tratamiento y sus efectos secundarios o para afrontar los problemas en el entorno personal que un proceso generalmente tan largo y en ocasiones tan agresivo supone.

Conclusiones: La aparición de procesos psicológicos en el cáncer de mama se sucede de forma frecuente en la fase final del proceso y dificultan el retorno laboral. La aparición de trastornos psicológicos en la etapa inicial de diagnóstico y tratamiento no es muy frecuente y en contra de lo que pareciera, la mayor gravedad del proceso o la agresividad de los tratamientos no suponen de forma paralela una mayor afectación



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

emocional. Es más, en estos procesos severos la ansiedad o la depresión si aparecen revierten o se aminoran al año del diagnóstico y guardan más relación con características estructurales de personalidad de la paciente y con otros factores del entorno familiar social y laboral que con la gravedad del proceso. Sin embargo es en la etapa final del tratamiento, en un porcentaje cercano al 35% de las pacientes con cáncer de mama, se desarrollan patologías psiquiátricas «menores» que causan severas dificultades en el retorno laboral, cuando no condicionan el no retorno o la incapacidad permanente. Estos trastornos mentales, que acontecen al final del tratamiento, surgen con mayor frecuencia cuando se carece de apoyo en el entorno social o familiar, si la baja (incapacidad) se prolonga más allá del año del diagnóstico, así como en casos de trabajo poco motivador o de carga física intensa o cuando falta apoyo laboral o existe conflicto laboral, y como factores mucho menos influyentes si la paciente tiene antecedentes de patologías o alteraciones psicológicas previas, o edad superior a los 55 años. Por ello conviene identificar y prevenir estos procesos psicológicos para su abordaje completo socio-sanitario y laboral y obtener una mayor reincorporación de las pacientes supervivientes al trabajo, así como mejorar la calidad de vida de las pacientes, y procurar su reintegración a una vida normalizada. Debe de procederse a potenciar el apoyo del entorno, incluyendo el apoyo en el entorno laboral para facilitar la reincorporación al trabajo, incluso con medidas de reincorporación parcial y paulatina al trabajo y/o con adaptación del puesto. También es preciso concienciarnos de que la mujer superviviente al cáncer de mama precisa en muchas ocasiones de la reconstrucción psicológica, y ello también supone el «descanso» terapéutico, el alejamiento del mundo clínico que la atendió en su fase de enfermedad activa y el refuerzo con un periodo de adaptación y enfrentamiento de las realidades vitales.

Material y método: se revisaron hasta mayo de 2017 las siguientes bases de datos bibliográficas: SciELO, PUBMED, BMC cáncer, en relación a supervivientes del cáncer de mama, aparición de procesos mentales y retorno al trabajo, incluyendo varias revisiones sistemáticas. Así como estudio de los procesos de cáncer de mama que alcanzaron los 12 meses de incapacidad temporal y los valorados como incapacidad permanente en los equipos de Valoración de incapacidad del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Gipuzkoa y Murcia en tres periodos anuales: 2006, 2013, y 2015, así como la bibliografía y documentos de consulta citados en bibliografía.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):245-59

Palabras clave: cáncer de mama, ansiedad y depresión, factores psicológicos, retorno al trabajo.

Abstract

Abstract: Breast cancer is the most common cancer in women, mostly affects women in the working age, between 45-65 years. The therapeutic advances have achieved a very high prevalence (survivors) of about 86%, but are the leading cause of death in women between 35-55 years. It has a great economic impact for health expenses, expenses in incapacity benefits, loss of wages, loss of productivity of the economic system and losses due to absenteeism to companies. Its treatment is in general intense, prolonged, and causes strong emotional distress and poor quality of life damaging the personal, family and social environment. It especially affects negatively the body image and the female self-esteem. This may be a frequent cause of long casualties (prolonged absence of work) and difficult return to work process due both to the effects of the tumor and secondary effects of the treatment, as well as to the appearance of «minor» psychiatric disorders: stress, anxiety, depression and adaptive disorders. The return to work is more difficult when psychological processes appear and sometimes causes more disability than the cancer itself and its sequels. 36% of women with breast cancer suffer from depression and need psychiatric support, and 55% have some type of anxiety disorder or adaptive disorder that requires at least psychological support and anxiolytic prescription in any of the stages of cancer treatment. The psychological factors are directly related to the attitude and this is determinant regarding the return to work. On the other hand, the presence of anxiety and/or depression diminishes the capacity of the woman with cancer to tolerate the treatment and its side effects or to face the problems in the personal environment that a generally so long and sometimes so aggressive process supposes.

Conclusions: The emergence of psychological processes in breast cancer occurs frequently in the final phase of the process and hinders the return of labor. The appearance of psychological disorders in the initial stage of diagnosis and treatment is not very frequent and against what it might seem, the greater severity of the process or the aggressiveness of the treatments does not parallel imply a greater emotional affection, it is more in these severe processes where anxiety or depression if appear revert or lessen at one year of

diagnosis and are more related to structural characteristics of the patient's personality and other factors in the social and work environment than to the severity of the process. However, it is in the final stage of the treatment, in a percentage close to 35% of the patients with breast cancer, that they develop «minor» psychiatric pathologies causing severe difficulties in the labor return, when they do not condition the no-return or the permanent disability. These mental disorders that occur at the end of the treatment appear more frequently when support is lacking in the social or family environment if the disability (incapacity) is prolonged beyond the year of diagnosis, as well as in cases of uninspiring work, intense physical load or lack of labor support or labor conflict, and as much less influential factors if the patient has a history of previous pathologies or psychological alterations, or older than 55 years. For this reason it is necessary to identify and prevent these psychological processes for a complete socio-health and labor approach and to obtain a greater reincorporation of the surviving patients to work, as well as to improve the patients' quality of life, and to seek their reintegration into a standardized life. Support should be given to the environment, including support in the work environment to facilitate return to work, including measures for partial and gradual return to work and/or job adaptation. It is also necessary to be aware that the woman who survives breast cancer often needs psychological reconstruction and this also means the therapeutic «rest» of the clinical world that attended her in the phase of active disease and reinforced with a period of adaptation and coping of the vital realities.

Material and method: the following bibliographic databases were reviewed until May 2017: SciELO, PUBMED, BMC cancer, in relation to breast cancer survivors, onset of mental processes, and return to work, including several systematic reviews. As well as a study of the processes of breast cancer that reached 12 months of temporary incapacity and those assessed as permanent disability in the disability assessment teams of the National Institute of Social Security of Gipuzkoa and Murcia in three annual periods 2006, 2013, and 2015, as well as the Bibliography and reference documents cited in the bibliography.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(248):245-59

Keywords: breast cancer, anxiety and depression, psychological factors, return to work.

INTRODUCCIÓN

El impacto en la vida laboral por cáncer de mama es muy elevado, por su alta incidencia diagnóstica, por precisar de tratamiento agresivo, complejo y durante meses, por la ausencia prolongada del trabajo, por la alta servidumbre terapéutica precisada, y por la repercusión que este cáncer causa en el ámbito bio-psicosocial, afectando a la propia imagen y al autoconcepto de la mujer que supone una alteración emocional, en ocasiones de consecuencias incapacitantes. **La edad media de pacientes en IT por cáncer de mama es de 48,8 años.**

El cáncer de mama da lugar cada año a **6.600 nuevos procesos de baja** que afectan a mujeres trabajadoras. Unos **900 procesos** además cada año **son recaídas de bajas previas por recurrencia del tumor o por nuevos abordajes terapéuticos o implantación de tratamiento de efectos secundarios/secuelas o la indicación de la reconstrucción mamaria**. La media de la duración de la Incapacidad Temporal (IT o baja) en pacientes con cáncer de mama es de **323 días**. En **2015** sin embargo **6.900 procesos de baja alcanzaron los 365 días de duración**, es decir muchos procesos de cáncer de mama superan los 240 días del estándar estimado.

Si tenemos en cuenta que **un 47% de las pacientes con cáncer de mama que al agotar plazos legales de la incapacidad temporal mantienen la incapacidad de forma permanente. Sólo el 53% de las mujeres terminan reincorporándose a su trabajo.** (Estudio realizado año 2013 Murcia. López-Guillén A, Vicente JM).

El cáncer de mama provoca una gran servidumbre terapéutica, entendiendo como tal la pérdida de la autonomía funcional del paciente y el elevado deterioro de la calidad de vida durante las sucesivas fases del tratamiento. Proceso que hasta su conclusión terapéutica conlleva un riesgo vital. Se sucede mientras se precisa de tratamiento, y está derivado de la imperiosa necesidad de seguir el mismo para la curación o alivio de la enfermedad y/o síntomas, con efectos secundarios disfuncionales, con necesidad de cuidados, con dependencia de apoyos personales y con imposibilidad durante esa etapa de poder llevar una vida funcional plena, y su incompatibilidad no solo con el trabajo sino con el ordinario vivir.

El retorno laboral tras cáncer de mama se dificulta o se dilata o se demora por dolor y/o limitación en brazo, por disestesias (síndrome mano-pie), por linfedema, por artralgias, por secuelas de la cirugía (secuelas cicatriciales disfuncionales, o por reintervenciones quirúrgicas), por espera a completar quimioterapia u otras terapias, por cirugía de reconstrucción, por trastornos ansioso depresivos, por fatiga, por procesos cardiacos (cardiotoxicidad) y otros (chemobrain, radiodermatitis, u otras dermatopatías, etc). Una constante en todos los procesos es la aparición en las diversas etapas del proceso de alteraciones emocionales. En un **35%** de los procesos de cáncer de mama, al concluir el tratamiento, como veremos luego, **presentan trastornos psíquicos incapacitantes per se, siendo el motivo de la incapacidad más que el propio cáncer y sus secuelas que motivaron el inicio y el mantenimiento de la baja en un principio.** El retorno laboral es más dificultoso cuando estos procesos psicológicos de ansiedad, depresión o trastornos adaptativos aparecen.

El abordaje de estos trastornos psíquicos y los factores psicológicos asociados a las supervivientes del cáncer de mama merece un especial estudio.

Datos de trastornos psicológicos, en el cáncer de mama^{1, 2, 3, 4, 5}

La **depresión y la ansiedad se presentan** en el cáncer de mama **de diferente manera en las diversas etapas** del proceso, pero en torno al **45% padecerán depresión** y en torno al **55% ansiedad**. Pero los datos de ansiedad y depresión varían en presentación desde el conocimiento del diagnóstico hasta el final del tratamiento y lo mismo concluido este.

En torno al 35% la ansiedad y la depresión estarán presentes o se desarrollan al año del diagnóstico, coincidiendo con la última fase del tratamiento o concluido el tratamiento del cáncer.

Otra sintomatología como la fatiga, los trastornos del sueño, el dolor, las disfunciones sexuales o las alteraciones cognitivas («chemobrain»)⁶, estarán presentes en la mayoría de las pacientes en un momento avanzado del proceso terapéutico, tras la cirugía del cáncer, bien en la fase de continuidad terapéutica o en la fase final de la terapia y si aparecen a veces comparten síntomas con ansiedad y depresión.

Componiendo todo lo anterior una realidad compleja que conlleva una dificultad manifiesta al retorno laboral y a la prolongación de la situación incapacitante derivada del propio cáncer de mama y por los tratamientos seguidos.

Los datos de estudios analizados en cuanto a la presencia de enfermedades mentales, es decir depresión, trastorno de estrés, trastorno adaptativo y la presencia de síntomas de estrés, ansiedad, tristeza, depresión son muy variados con horquillas demasiado amplias, Entre el 35%- 55%, aunque si concluyen en que tanto la consideración de enfermedad mental según criterios DSM V o los síntomas están muy frecuentemente presentes.

Los hallazgos de mujeres supervivientes al cáncer de mama, con procesos mentales, en los estudios analizados, a veces están centrados en las que tienen determinada edad o han seguido determinado tratamiento o las que acudieron a terapia, o su presencia en determinados momentos del proceso lo que hace que no podamos concluir de forma genérica y que la horquilla de aparición sea diferente entre unos y otros.

El apoyo psicológico en el superviviente de cáncer ha adquirido tal relevancia que centró la primera jornada de ASCO2017. 53ª Congreso de la Sociedad Americana de Oncología Clínica.

Más allá por tanto de conocer el dato exacto del porcentaje de depresión o ansiedad, comprobamos en el análisis de los artículos estudiados que la presencia de depresión o ansiedad es importante, que afecta según la concurrencia de las conclusiones más a pacientes más jóvenes, que guarda relación con miedo a la recurrencia, y al retorno a la vida normal, que no siempre se identifica la enfermedad y que no siempre la paciente demanda terapia. Que entre los factores que son más comunes en la aparición de estas patologías esta la falta de apoyo del entorno, la falta percibida de apoyo sanitario a estos síntomas, la falta de apoyo sentido por el entorno de su trabajo y la sensación de encontrarse solas ante el retorno a la vida normal aun habiendo sido declaradas curadas o con mejoría que permitía el retorno a la vida previa de pareja, familiar, social y como no laboral.

Las cifras referidas de ansiedad y depresión en pacientes supervivientes de cáncer de mama que han permanecido incapacitadas durante más de un año o en valoraciones de solicitudes de incapacidad permanente en estudio realizado por Araceli López-Guillén y Jose Manuel Vicente del que luego hablaremos concuerdan las cifras de incidencia en torno al 36% en procesos de cáncer de mama de un año o más de baja (un año tras el diagnóstico continuando incapacitadas) y en un 38% en pacientes con cáncer de mama en valoraciones de incapacidad permanente.

Impacto psicológico del cáncer de mama en la mujer trabajadora

Así pues en un porcentaje elevado a los efectos del tumor y los secundarios del tratamiento se van a asociar trastornos psiquiátricos «menores»: estrés, ansiedad, depresión y trastornos adaptativos. De forma especial el cáncer de mama afecta negativamente a la imagen corporal y a la autoestima de la mujer, además supone la exposición a una situación altamente estresante como es la del conocimiento de un diagnóstico de cáncer y la de la necesidad de seguir un las sucesivas fases de un tratamiento que va a ser intenso y prolongado, todo ello conlleva un impacto

emocional y un distrés elevado a estos acontecimientos y en ocasiones la aparición de trastornos de ansiedad, depresión, trastornos adaptativos y estrés. Pese a la bonanza pronóstica del cáncer de mama, no es ajena la mujer al conocimiento de su mortalidad, y por ello los miedos al resultado de los tratamientos y el miedo a la recurrencia superado el tumor.

La paciente con cáncer de mama vive un normal proceso adaptativo denominado duelo oncológico, que no es una enfermedad mental, pero si un proceso interior no siempre secuencial, al modelo clásico de negación, rabia, negociación, depresión y aceptación, sino más bien un conjunto de sentimientos y pensamientos de carácter individual de cada paciente ante cada etapa de su cáncer, pero que suponen sin duda una severa carga de estrés que precisa de un manejo profesional al objeto de evitar el desencadenamiento de una enfermedad psíquica. La paciente con cáncer sufre una serie de pérdidas funcionales que dimanen de la pérdida de la salud, pero que la hacen extensiva más allá de este ámbito del enfermar y que abarcan lo personal, lo familiar, lo social, lo laboral o lo económico.

El impacto psicológico del cáncer de mama se va a presentar:

- Al diagnóstico de cáncer.
- A la consciencia de la incertidumbre vital.
- A la espera evolutiva del tratamiento.
- A sobrellevar la cadena de tratamientos.
- A sufrir los efectos del cáncer o de los efectos secundarios del tratamiento.
- A la etapa de alejamiento del trabajo.
- A la recaída de cuadros de ansiedad, depresión o trastorno adaptativo previos.
- A convivir con el dolor, la astenia, la fatiga, las artralgias, los trastornos del sueño, la disfunción sexual.
- A la reconstrucción de la mama.
- A la reconstrucción psicológica.
- A la desestructuración familiar y social.
- Al afrontamiento del retorno laboral.

Los miedos referidos por las pacientes suelen ser bastante comunes, miedo a la muerte, miedo a la amputación, miedo al tratamiento, miedo a la afectación de la imagen corporal, miedo a la evolución, miedo a la recurrencia, miedo a perder el trabajo, miedo a perder la pareja.

Las emociones negativas fruto de las ideas o frases o pensamientos que se repite la enferma con cáncer de mama, son muy usuales y no está exenta la paciente de no poder confrontarlas con la realidad de los hechos o aceptarlas como una expresión o respuesta normal ante un acontecimiento vital tremendamente adverso, pero que debe trabajar (*training interior*) para minimizar su efecto paralizante, y cambiar lo que piensa, para sentirse lo mejor que se pueda, al fin y al cabo comprender en esa situación que el miedo, la ansiedad anticipatoria, la culpa en nada ayudan (*¿ayudaría sentirse así?*).

El control de las emociones negativas y cuando estas comportan la aparición de un proceso de distrés generador de patología psíquica, hace necesario el inicio del abordaje psicooncológico. Máxime cuando pueden dificultar en que participen óptimamente en las actividades del tratamiento o disminuir la adherencia al tratamiento (seguimiento de la terapia oncológica) más allá de los beneficios propios del optimismo en la superación del cáncer o mejor respuesta a los tratamientos.

La mujer que recibe el diagnóstico de cáncer de mama, no puede evitar las preguntas que interiormente se desencadenan de forma incontrolable y el distrés que emocionalmente ocasionan ante lo desconocido del porvenir de una enfermedad grave que la aísla del cotidiano vivir y que debe afrontar, pues de pronto la vida cobra valor en sí y por sí misma y no por los problemas en el orden laboral o personal o social. El diagnóstico de cáncer genera una situación de desolación y de angustia que debe manejar la paciente.

En la fase de sucesivos tratamientos en el cáncer de mama, la paciente debe convivir con tratamientos intensos, con la ansiedad propia de procesos que causan dolor, síntomas somáticos y disfunción y requieren de tiempo de espera aguardando resultado a los mismos.

Cuando sobrevienen efectos del propio tumor o efectos secundarios al tratamiento, la paciente no puede evitar el impacto emocional que provocan por estímulo directo, sensorceptivo o por los pensamientos automáticos que inundan esta etapa a la paciente.

El tiempo de tratamiento supone un alejamiento del trabajo, cuanto más se prolonga este, más difícil se hace el retorno, poco a poco en el transcurrir del tiempo el alejamiento del trabajo, aleja a la paciente del mismo hasta que esta ausencia aleja al trabajo de sus prioridades vivenciales. Es al plantearse el retorno laboral cuando reaparece la ansiedad, ante el cuestionamiento de si se encuentra capaz, o de si el retorno laboral es posible (puede haber perdido el trabajo en el largo tiempo de alejamiento del mismo) o por el miedo a que el trabajo perjudique su salud, o miedo a volver a la normalidad pues la vuelta al trabajo supone admitir (dar por hecho) para los que rodean a la paciente superviviente que todos los aspectos restantes personales, familiares, sociales están repuestos. El tiempo del tratamiento es un tiempo focalizado en sobrevivir no en la vida que se llevaba.

El cáncer de mama tiene hoy en día una gran visibilidad social, son conocidas mujeres célebres con cáncer de mama, se conoce como lo han afrontado, como lo han superado, también como algunas mueren víctimas del proceso. Esto comporta el consuelo de saber que si gente popular superó el cáncer «yo también puedo hacerlo». Pero cuando no evoluciona bien o el derrumbe psicológico sobreviene no debemos someter a las pacientes al «buenismo» o la «tiranía del optimismo» o de pensar que «todo es posible de curar si se es optimista», o «que el optimismo aleja al cáncer» o «que las cosas salen siempre bien si somos positivos», porque es tanto como decir que se está obligada a responder con optimismo y de no hacerlo se es culpable de su situación y de lo que le pase, es decir doblemente culpable.

La recuperación, el final del tratamiento oncológico, supone el afrontamiento de otros aspectos personales, familiares, sociales, laborales que en su momento quedaron relegados priorizando el tratamiento del cáncer, y que se han podido ver afectados.

La mujer con cáncer de mama precisa en la etapa de diagnóstico y las sucesivas a los complejos tratamientos un apoyo del entorno más próximo como facilitador emocional, que empatice y le ayude a sobreponerse al daño consecuencia del cáncer y los tratamientos, pero también un entorno confortable que no la exija una necesidad obligada de pronta recuperación porque es vital para el funcionamiento del entorno familiar, o laboral.

Una constante en procesos de cáncer de mama en la mujer trabajadora en que aparecen trastornos de ansiedad, depresión o trastorno adaptativo, es que estos sobrevienen de ordinario en las etapas finales del tratamiento coincidiendo con la etapa de la curación. Pareciera que el distrés propio de las primeras etapas de diagnóstico y sucesión terapéutica focalizó la preocupación en lo vital, en la supervivencia, superada esta, la tensión propia de afrontar la enfermedad se sustituye por afrontar el día después, afrontar las secuelas en lo personal, en lo familiar, en lo social que constituyen la reconstrucción psicológica.

Presencia de trastornos psicopatológicos en la paciente con cáncer de mama^{7, 8, 9, 10, 11, 12}

La presencia de trastornos psicopatológicos en la paciente con cáncer de mama está suficientemente documentada. En un porcentaje elevado a los efectos del tumor y los secundarios del tratamiento se asocian trastornos psiquiátricos «menores»: estrés, ansiedad, depresión y trastornos adaptativos, como respuesta emocional desestructurada.

El diagnóstico de estos cuadros clínicos en pacientes con cáncer de mama es complicado por el hecho de que los síntomas de ansiedad y depresión están asociados a quejas somáticas como la fatiga, el dolor, las náuseas, o las alteraciones del apetito, o del sueño, o las disfunciones sexuales, que están relacionadas con el propio proceso del cáncer o su tratamiento.

El cáncer de mama de forma especial afecta negativamente a la imagen corporal y a la autoestima de la mujer. Además del sufrimiento vital que comporta afrontar la propia enfermedad, sus tratamientos y sus secuelas.

Se precisa un abordaje psicológico de las pacientes con síntomas ansiosos depresivos o signos de distrés antes de que estos consoliden trastornos mentales difícilmente reversibles^{13, 14, 15, 16, 17, 18, 19}.

Dificultades para identificar los trastornos psicológicos. Identificar y prevenir los trastornos psicológicos es sin embargo difícil, por variados motivos:

- a) la **principal y prioritaria acción es la terapia oncológica**, («centrada en el tratamiento del cáncer que padece la paciente, más que en la propia paciente»)
- b) la **confluencia de sintomatología somática y trastornos disfuncionales** por el cáncer o por los efectos secundarios del cáncer **con síntomas psíquicos** que no se buscan y no se encuentran porque no se pregunta por ellos
- c) **minimizar, restar importancia a la presencia de síntomas psicológicos**, entendidos como normal respuesta a las secuelas del cáncer o de los tratamientos pero **sin considerarlos como una expresión de enfermedad psíquica** (ansiedad, depresión, trastorno adaptativo) que precisa de abordaje
- d) la **falta de control o apoyo psicooncológico en el inicio y en las fases sucesivas del proceso**, en muchas ocasiones al psicooncólogo se acude por demanda de la paciente, no por formar pauta habitual del tratamiento del proceso de una manera multidisciplinar (área común) e interdisciplinar (*decisión común*)
- e) **falta de protocolos de actuación en la detección de los trastornos psiquiátricos**, adecuados a la realidad asistencial del complejo sistema sanitario interdisciplinar
- f) la **falta de demanda de las pacientes de ayuda psicológica**

Pacientes con antecedentes psiquiátricos de ansiedad, depresión y trastornos adaptativos recaen o empeoran en la etapa diagnóstico-terapéutica en que se derrumban emocionalmente por falta de recursos personales de resiliencia ante las vivencias estresantes de esta etapa de difícil afrontamiento. **Aunque no siempre la respuesta emocional es proporcional en estas pacientes con la severidad del proceso de cáncer de mama o su evolución o la agresividad terapéutica.** Pues en estos casos el «cómo lo pasa la paciente» no siempre guarda relación con lo que «le está pasando». También «personalidades premórbidas» influirán negativamente en la capacidad para afrontar la enfermedad y los tratamientos por su mermada disponibilidad afectiva, y más cuando se carezca de apoyo y falta de comunicación con su entorno socio-familiar cercano.

Los síntomas «intangibles» o imprecisos psicológicos del cáncer de mama

El dolor, la astenia, el insomnio o la disfunción sexual pueden formar parte de un cortejo de síntomas que se minimizan o se les resta importancia o se admiten como algo de menor importancia frente a otros síntomas somáticos que se priorizan pues su presencia es expresión de la evolución del cáncer o de la respuesta al tratamiento.

Entre los síntomas intangibles estarían el distrés o las situaciones de bajo ánimo aunque no cumplan criterios de DSM V de ansiedad o depresión o trastorno adaptativo, además de los citados, dolor crónico, insomnio, disfunción sexual, o la fatiga.

El tratamiento del cáncer conlleva como efecto secundario la aparición del dolor derivado de la acción quirúrgica u ocasionalmente de la radioterapia, los trastornos del sueño pueden derivarse de la acción de la quimioterapia (añadida a la preexistente por el conocimiento del diagnóstico, facilitada si hay dolor, si hay fatiga o si hay depresión) la astenia puede derivar de la quimioterapia y las disfunciones sexuales pueden ser efecto secundario de la quimioterapia, la hormoterapia o la terapia biológica.

En el tratamiento del cáncer preocupa de forma lógica más la respuesta a la terapia, el dolor intenso y prolongado, el linfedema, la inflamación en área quirúrgica, las secuelas cicatriciales limitantes, los trastornos de función del brazo con pérdida de movilidad, fuerza o dolor a la movilidad, los trastornos neuropáticos, con pérdida de fuerza o sensibilidad, el trastorno cognitivo chemobrain (quimiocerebro), la cardiotoxicidad, etc. y todo ello es preciso y prioritario pero no lo único, no existe sólo el cáncer existe la paciente con cáncer.

Si bien la valoración del dolor (dolorimiento), pero sobre todo de la astenia, el insomnio (trastornos del sueño) o las disfunciones sexuales puede hacerse de forma sobradamente técnica, sí que cuando hablamos de valoración laboral y de objetivar el daño, esta valoración se diluye, se pone en tela de juicio, se cuestiona si es objetivable o no y en ocasiones se desprecia por no ser incapacitante laboral. **Son intangibles por no disponer de medios objetivables contundentes que objetiven el daño y la limitación funcional presente, intangibles porque parten de lo referido (subjetivo) por la paciente en consulta o a cuestionarios autocumplimentados (auto reporte) que en valoración pericial tienen escaso peso.**

Dicho lo cual estos síntomas intangibles forman parte de la pérdida de salud de la paciente entendida la salud de forma integral es decir más allá de la ausencia de enfermedad, y comportando un desbalance de la actitud laboral.

Estudio de cáncer de mama y comorbilidad con trastornos psíquicos en trabajadoras en incapacidad temporal de más de 12 meses o en procesos de valoración de incapacidad permanente

Se analizaron procesos de baja por cáncer de mama que alcanzaron el año, en Gipuzkoa en 2006, 2013, y 2015 y en Murcia en 2013. Es decir pacientes supervivientes de cáncer de mama que han permanecido de baja incapacitadas durante un año o superando el año hasta alcanzar el año y medio en prórroga de su situación incapacitante. Lo que supone estudiar pacientes con cáncer de mama un año tras el diagnóstico continuando incapacitadas, sin retorno laboral. También se analizaron aquellos procesos de cáncer de mama con valoración de la situación de incapacidad permanente, es decir se estudia la consideración definitiva o no del retorno laboral.

Conviene puntualizar algunas observaciones para la comprensión, de estos datos referentes a la incapacidad temporal de un año de duración y a las valoraciones de incapacidad permanente, y a qué situaciones afectan, teniendo en cuenta las peculiaridades de nuestra normativa de protección de seguridad social.

Así podemos diferenciar la incapacidad en situaciones de:

Incapacidad temporal o baja (IT) concebidas en nuestro país para paliar de pérdida de salario durante el tiempo que se permanezca en incapacidad para trabajar por estar a la espera de respuesta favorable al tratamiento y durante un tiempo limitado a un máximo de 365 días más los a lo sumo 180 días de la prórroga cuando se espera curación o mejoría que permite volver a su trabajo (año y medio máximo).

Incapacidad permanente prestación económica que sustituye a la pérdida de rentas en situaciones de pérdida de la capacidad laboral de forma definitiva bien para su trabajo (incapacidad permanente total para su trabajo habitual) o en casos extremos la pérdida definitiva de la capacidad laboral generalizada (incapacidad permanente absoluta para todo trabajo). Si bien la incapacidad permanente puede ser revisable por mejoría, pudiendo en el caso de recuperación completa funcional pasar a situación de «no incapacitado», es decir retorno a la consideración de capacitado.

Conclusiones del estudio:

La ansiedad, la depresión y los trastornos adaptativos están presentes como diagnóstico secundario en un 36% de los procesos de baja (incapacidad temporal) de más de 12 meses por cáncer de mama estudiados.

La ansiedad, la depresión y los trastornos adaptativos, así mismo, están presentes como diagnóstico secundario en un 38% de los procesos de cáncer de mama en los que se valoró como incapacidad permanente.

La ansiedad y los trastornos adaptativos representan el 80% de estos diagnósticos psíquicos, siendo la depresión el diagnóstico menos frecuente presentándose tan solo en un 20%.

Por tanto podemos afirmar que los trastornos psíquicos en procesos de incapacidad temporal por cáncer de mama que alcanzaban los 365 días de baja, se presentaban en un 36% y en un 38% en procesos de cáncer de mama en los que se valoraba la incapacidad permanente.

Actitud laboral de la superviviente al cáncer de mama

Actitud laboral definida por los pensamientos, sentimientos y comportamientos del trabajador hacia el trabajo, es más una tendencia psicológica, una evaluación de lo que para el trabajador supone el trabajo. La actitud laboral es más que una respuesta manifiesta y observable, son los pensamientos hacia el entorno laboral, el sentimiento interno, y la conducta que presenta la paciente ante el trabajo.

Trabajar supone disponer: a) CAPACIDAD PSICO-FISICA. PUEDO hacerlo. b) FORMACIÓN. SE hacerlo. c) ACTITUD. QUIERO hacerlo. d) HABILIDAD. APRENDÍ a hacerlo. e) FACTORES REGLAMENTARIOS. ME PERMITEN hacerlo

Suele decirse que más puede el quiero que el puedo. Pero la capacidad laboral es una realidad muy compleja, más allá de esta descripción esquemática y simple.

A los médicos nos gusta y nos gustaría que la paciente tras el alta oncológica saboreara y compartiera el éxito de haber sobrevivido al cáncer de mama. Pero a veces no coincide este alta o finalización del tratamiento oncológico con el alta sanitaria (puede ser que siga precisando atención sanitaria por el proceso padecido u otros concomitantes o que padecía con antelación) ni con el alta laboral (impuesta por las resoluciones administrativas o compartida por la paciente, que guarda relación exclusiva con el haber recuperado la suficiente capacidad laboral perdida por el cáncer y sus consecuencias limitantes funcionales para el trabajo y que tiene sus normas y entidades administrativas implicadas), ni coincide ni una (alta oncológica) ni la otra (alta laboral) con la percepción que la paciente tiene de estar capacitada para el retorno a la normalidad entendiendo esta como el retorno a la vida laboral, personal, familiar y social plena «exigida» o percibida por la al día después del alta

Es un éxito estar curada del cáncer pero el deterioro psicológico puede permanecer, cuando no aparecer en esta fase de curación. La visibilidad social admirada y valorada es la de aquellas supervivientes al cáncer de mama que se incorporan al trabajo a pleno empleo, anticipadamente y enormemente satisfechas, lo que socialmente se admira como victoria en la lucha contra el cáncer. El estigma social de los procesos psíquicos está presente también entre las pacientes supervivientes al cáncer de mama, porque puede pensarse errónea y lamentablemente que las personas con trastornos psicológicos son personas que carecen o tienen menos valor, o son personas débiles o con condicionantes de mala actitud hacia el trabajar, cuando no «no apreciadas» por entender exageran o sobredimensionan los síntomas.

La paciente en el trayecto terapéutico puede haber sufrido pérdidas anatómicas precisando reconstrucción, pérdidas funcionales que precisen de rehabilitación o pérdidas psíquicas que requieran reconstrucción psicológica, pero puede haber perdido apoyo familiar o social o de competencia laboral y esto también requiere su fortalecimiento.

La actitud pesa en la balanza entre posibilidad de trabajar, aptitud para el trabajo y sentirse capacitada o no para el trabajo. La actitud guarda relación con la motivación, y la autoestima, precisamente minada en pacientes con problemas psicológicos.

Por ello mejorar la actitud de la paciente es vital para lograr el máximo retorno laboral posible tras sobrevivir al cáncer de mama, con terapia psicológica^{13, 14, 15, 16, 17} fundamentalmente conductual, y técnicas de autoayuda tipo mindfulness^{18, 19}.

Retorno al trabajo en procesos de cáncer de mama que cursan con cuadros de ansiedad, depresión o trastornos adaptativos^{20, 21, 22, 23, 24, 25}

Dificultades al retorno

La aparición de procesos psicológicos en el cáncer de mama se sucede de forma diferente según, estadiaje, subtipo, tratamientos, y evolución del cáncer de mama así como según características estructurales de personalidad de la paciente y otros factores del entorno familiar social y laboral. A mayor gravedad del proceso o agresividad de los tratamientos no se sucede de forma paralela una mayor afectación emocional, es más en estos procesos severos revierten o se aminoran al año del diagnóstico, pero en un porcentaje cercano al 35% como hemos expuesto se desarrollan patologías psiquiátricas «menores» que causan un mayor impacto en dificultar el retorno laboral, cuando no condicionan el no retorno o la incapacidad permanente.

Barreras o factores condicionantes que obstaculizan el retorno laboral por trastornos psicológicos en supervivientes del cáncer de mama²⁰

Surgen trastornos mentales con mayor frecuencia y se prolonga la incapacidad o el no retorno al trabajo si:

- **Si la baja (incapacidad) se prolonga más allá del año del diagnóstico.**
- **Edad superior a 55 años.**
- **Falta de apoyo familiar y social.**
- **Trabajo poco motivador o de carga física intensa o cuando falta apoyo laboral o existe conflicto laboral.**
- **Trabajo a turnos o a horas intempestivas. Trabajos por horas.**
- **Creencia de que el trabajo es perjudicial o peligroso.**
- **Comportamientos emocionales erróneos.**
- **Vida familiar insatisfactoria o problemática.**

- **Historia previa de largas «bajas».**
- **Antecedentes de procesos psíquicos.**
- **Bajo nivel educativo, y de nivel socio-económico.**
- **Falta de ejercicio.**

Factores facilitadores²¹ del retorno laboral por trastornos psicológicos en supervivientes del cáncer de mama

- **Procesos con bajas (incapacidad) inferiores al año.**
- **Contar con apoyo familiar y social.**
- **Apoyo laboral patronal.**
- **Trabajo motivador.**
- **Trabajo sin exigencias físicas.**
- **Trabajos bien remunerados.**
- **Independencia económica.**
- **Percepción de sentirse apoyada por el entorno sanitario que la trató.**
- **Edad inferior a los 50 años.**
- **Personalidades proactivas.**
- **Haber efectuado reconstrucción psicológica paralela a la fase final del tratamiento.**

Por ello conviene identificar y prevenir los procesos psicológicos para su abordaje completo y obtener una mayor reincorporación de las pacientes con cáncer al trabajo, mejorar la calidad de vida de las pacientes supervivientes, y procurar su reintegración a una vida normalizada.

En los estudios poblacionales recogidos en publicaciones internacionales o los artículos de revisión sistemática coinciden con algunos de los factores citados conviene hacer una mención explícita a las diferentes consideraciones entre barreras facilitadoras y barreras impeditivas al retorno existentes en países desarrollados y en países en vías de desarrollo o no desarrollados.

Es claro que la accesibilidad a los tratamientos es diferente por países, así mismo el acceso a terapias avanzadas que en países pobres es accesible tan sólo a determinados colectivos pudientes, estas diferencias también se dan en los protocolos de cribado del cáncer de mama u otras de protocolos de actuación a nivel de salud pública que hacen posibles las detecciones del cáncer a nivel primario o estadios iniciales.

Por otra parte los sistemas de protección a través de las prestaciones sociales de incapacidad laboral no son similares en todo el mundo y condicionan el retorno laboral.

La penuria económica en los países pobres hace que el retorno al trabajo esté sobrevalorado por ser necesidad básica para la subsistencia. Así que los factores sociales tienen más peso en países pobres.

De todos los trabajos y artículos analizados reseñados en cuanto al retorno laboral merece una singular mención el extraordinario trabajo de Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW. Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process – a qualitative study. Scand J Work Environ Health 2012 por su análisis pormenorizado de barreras y facilitadores en el retorno laboral tras cáncer de mama y las conclusiones al respecto.

CONCLUSIÓN

El retorno al trabajo está obstaculizado y se pospone cuando aparecen procesos psicológicos y a veces estos terminan por causar más incapacidad que el propio

cáncer y sus secuelas. El 36% de las mujeres con cáncer de mama sufre depresión y precisa de apoyo psiquiátrico, y el 55% padece algún tipo de trastorno emocional por ansiedad o trastorno adaptativo que precisa cuando menos de apoyo psicológico y de prescripción de ansiolíticos, en alguna de las sucesivas fases del tratamiento del cáncer de mama. El cáncer de mama afecta a la imagen y el auto concepto de la mujer propiciando la aparición de cuadros de ansiedad o trastornos adaptativos. Los factores psicológicos guardan relación directa con la actitud y esta es determinante para que la superviviente al cáncer de mama quiera incorporarse al trabajo. Por otra parte la presencia de ansiedad y/o depresión disminuye la capacidad de la mujer con cáncer para tolerar el tratamiento y sus efectos secundarios o para afrontar los problemas en el entorno personal que un proceso generalmente tan largo y en ocasiones tan agresivo supone.

La aparición de procesos psicológicos en el cáncer de mama se sucede de forma frecuente en la fase final del proceso y dificultan el retorno laboral. La aparición de trastornos psicológicos en la etapa inicial de diagnóstico y tratamiento no es muy frecuente y en contra de lo que pareciera la mayor gravedad del proceso o la agresividad de los tratamientos no supone de forma paralela una mayor afectación emocional. Son muchos los estudios que en el seguimiento de procesos avanzados o con severos tratamientos la ansiedad o la depresión si aparecen revierten o se aminoran al año del diagnóstico, por lo que parece que guardan más relación con características estructurales de personalidad de la paciente y otros factores del entorno familiar social y laboral que de la severidad del proceso.

Sin embargo es en la etapa final del tratamiento, cuando en un porcentaje cercano al 35% de las pacientes con cáncer de mama, que se desarrollan patologías psiquiátricas «menores» causando severas dificultades en el retorno laboral, cuando no condicionan el no retorno o la incapacidad permanente.

Estos trastornos mentales que acontecen al final del tratamiento surgen con mayor frecuencia, cuando se carece de apoyo en el entorno social, o familiar, si la baja (incapacidad) se prolonga más allá del año del diagnóstico, así como en casos de trabajo poco motivador o de carga física intensa o cuando falta apoyo laboral o existe conflicto laboral, o trabajos a turnos o a horas intempestivas, o trabajos a tiempo parcial y como factores mucho menos influyentes si la paciente tiene antecedentes de patologías o alteraciones psicológicas previas, o edad superior a los 55 años.

Por ello conviene identificar y prevenir estos procesos psicológicos para su abordaje completo socio sanitario y laboral y obtener una mayor reincorporación de las pacientes supervivientes al trabajo, así como mejorar la calidad de vida de las pacientes, y procurar su reintegración a una vida normalizada. Debe de procederse a potenciar el apoyo del entorno, incluyendo el apoyo en el entorno laboral para facilitar la reincorporación al trabajo, incluso con medidas de reincorporación parcial y paulatina al trabajo y/o con adaptación del puesto.

Minimizar estas barreras identificadas y fortalecer los facilitadores podría mejorar el porcentaje de retorno laboral entre los supervivientes del cáncer de mama.

También es preciso concienciarnos que la mujer superviviente al cáncer de mama precisa en muchas ocasiones de la reconstrucción psicológica y ello también supone el «descanso» terapéutico el alejamiento del mundo clínico que atendió a la paciente en su fase de enfermedad activa y reforzarse con un periodo de adaptación y afrontamiento de las realidades vitales.

La implementación de intervenciones psicológicas al aflorar los problemas psicológicos y de programas de retorno al trabajo procuraría una mayor rehabilitación profesional.

Convendría valorar la posibilidad de reincorporación parcial y paulatina al trabajo, que facilitaría su retorno y la adaptación al medio laboral ordinario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mariam Vahdaninia, Sepideh Omidvari, Ali Montazeri. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiat Epidemiol* (2010) 45:355–361
2. Jacob, L., Bleicher, L., Kostev, K. et al. Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices. *J Cancer Res Clin Oncol* (2016) 142: 447.
3. Lueboonthavatchai P. Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. *J Med Assoc Thai* 2007; 90 (10): 2164-74
4. Marshall Gold, RN, MS, Laura B. Dunn, MD, and Christine Miaskowski, RN, PhD. Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *Eur J Oncol Nurs*. 2016 Feb; 20: 97–105
5. Ornelas-Mejorada R E, Tufiño M. Sánchez-Sosa JJ. Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de investigación psicol vol. 1 no.3 México dic. 2011*
6. López-Santiago S. Cruzado Juan A y Feliú Jaime. Chemobrain: revisión de estudios que evalúan el deterioro cognitivo de supervivientes de cáncer tratados con quimioterapia. *Psicooncología*. Vol. 8, Núm. 2-3, 2011, pp. 265-280
7. Farthmann J, Hanjalic-Beck A, Veit J, et al. The impact of chemotherapy for breast cancer on sexual function and health-related quality of life. *Support Care Cancer* (2016) 24: 2603. doi:10.1007/s00520-015-3073-2
8. So WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M, Li GK. The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. *Oncology Nursing Forum*. 2009 Jul;36(4):E205-14. doi: 10.1188/09.ONF.E205-E214.
9. Jacob L, Bleicher L, Kostev K, Kalder M. Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2016 Feb; 142(2):447-52. doi: 10.1007/s00432-015-2048-5. Epub 2015 Sep 16.
10. Marshall Gold, RN, MS, Laura B. Dunn, et al. Co-occurrence of Anxiety and Depressive Symptoms Following Breast Cancer Surgery and Its Impact on Quality of Life. *European Journal of Oncology Nursing*. Volume 20, February 2016, Pages 97-105
11. Le Rhun, E., Delbeuck, X., Lefevre-Plesse, C. et al. A phase III randomized multicenter trial evaluating cognition in post-menopausal breast cancer patients receiving adjuvant hormone therapy. *Breast Cancer Res Treat* (2015) 152: 569. doi:10.1007/s10549-015-3493-1
12. Maté Jorge, Hollenstein María F. y Gil Francisco L. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico *Psicooncología*. Vol. 1, Núms. 2-3, 2004, pp. 211-230
13. Robles R, Morales M, Jiménez LM, Morales. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*. Vol. 6, Núm. 1, 2009, pp. 191-201
14. Mitchell, Alex J et al. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis *The Lancet Oncology* 2013 , Volume 14, Issue 8 , 721 - 732
15. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González MA, Martín JC Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer *Psicooncología*. Vol. 9, Núm. 2-3, 2012, pp. 233-257
16. Hernández M, Cruzado JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud* 24 (2013) 1-9
17. Sebastián J., Manos D, Bueno M.^a J. y Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 2007, vol. 18 n.º 2 - Págs. 137-161. ISSN: 1135-0806
18. Johannsen, Maja MSc; Connor, Maja PhD; Toole, Mia Skytte PhD; Jensen, Anders Bonde PhD; Zachariae, Robert D MSc. Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Persistent Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer: Exploring Possible Statistical Mediators - Results from a Randomized Controlled Trial. *Clinical Journal of Pain* , 2017
19. Boyle, Chloe C.; Stanton, Annette L.; Ganz, Patricia A.; Crespi, Catherine M.; Bower, Julie E. Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 85(4), Apr 2017, 397-40
20. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW. Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process – a qualitative study. *Scand J Work Environ Health* 2012;38(2):144-154

21. Tania Islam, Maznah Dahlui, Hazreen Abd Majid, Azmi Mohamed Nahar, Nur Aishah Mohd Taib, Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health* 2014 14(Suppl 3):S8
22. JL Hoving, MLA Broekhuizen and MHW Frings-Dresen. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer* 2009, 9:117
23. Maunsell E, Brisson C, Dubois L, Lauzier S, Fraser A. Work problems after breast cancer: An exploratory qualitative study. *Psychooncology* 1999; 8: 467-473.
24. Molina Raquel y Feliu Jaime. La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. *Psicooncología*. Vol. 8, Núm. 1, 2010, pp. 45-51
25. Aina Johnsson, Tommy Fornander, Mariann Olsson, Marianne Nystedt, Hemming Johansson & Lars Erik Rutqvist (2007) Factors associated with return to work after breast cancer treatment, *Acta Oncologica*