UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

DETERMINANTES PSICOSOCIALES EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA UTILIZANDO CRITERIO DE DIAGNOSTICO NANDA NIC NOC

CARRIEL ARMIJOS JOHANNA MARIUXI

MACHALA
2017

UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

DETERMINANTES PSICOSOCIALES EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA UTILIZANDO CRITERIO DE DIAGNOSTICO NANDA NIC NOC

CARRIEL ARMIJOS JOHANNA MARIUXI

MACHALA
2017

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado DETERMINANTES PSICOSOCIALES EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA UTILIZANDO CRITERIO DE DIAGNOSTICO NANDA NIC NOC, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.

ELIZALDE ORDOÑEZ HUMBERTO
0702596628
TUTOR - ESPECIALISTA 1

CENTENO SANDOVAL MAXIMA ARGENTINA
0701900128
ESPECIALISTA 2

ALMACHE DELGADO VERONICA JACQUELINE
0704479534
ESPECIALISTA 3

Machala, 01 de febrero de 2017

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: JOHANNA MARIUXI CARRIEL ARMIJOS.docx (D25068294)
Submitted: 2017-01-17 21:16:00
Submitted By: helizalde@utmachala.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

jesy y vero para el urkun FINAL mmmmmmm 17 DE MARZO.docx (D13652598)
dieta.docx (D22601718)
planificacion de dieta.docx (D22605512)

Instances where selected sources appear:

3

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, CARRIEL ARMIJOS JOHANNA MARIUXI, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado DETERMINANTES PSICOSOCIALES EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA UTILIZANDO CRITERIO DE DIAGNOSTICO NANDA NIC NOC, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las dispociones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que él asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 01 de febrero de 2017

CARRIEL ARMIJOS JOHANNA MARIUXI
0707074068

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios, por derramar sus bendiciones sobre mí y llenarme de fuerzas para vencer todos los obstáculos desde el principio de mi vida. A mis queridos y amados padres Efraín y Lourdes, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mi querido esposo Pedro, por sus palabras y confianza, por su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme como profesional. A mi amado hijo Millam, por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día más, y poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis hermanos Robinson, Jasmany, Jennifer, quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer y siguiera adelante. A mis docentes, compañeros, amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas y sobre todo aquellas personas que durante estos años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

JOHANNA CARRIEL

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradezco a Dios y mi familia, porque me brindaron su apoyo tanto moral y económicamente, para seguir estudiando y lograr el objetivo trazado para un futuro mejor y ser orgullo de ellos.

A mis queridos formadores de la Universidad Técnica de Machala, porque gracias a sus conocimientos, orientaciones, perseverancia, paciencia y motivación han sido fundamentales para mi formación en esta carrera.

De manera especial y sincera al Lcdo. Humberto Elizalde, por su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas han sido un aporte invaluable no solo en el desarrollo de este proyecto sino también en mi formación como investigadora.

JOHANNA CARRIEL

RESUMEN

El cáncer de mama constituye una de las primeras enfermedades malignas por ser la mayor causa de muerte en la mujer a nivel mundial. Esta patología es la alteración del núcleo de las células, inicialmente se forman las hiperplasias llegando a unirse y formar las displasias que origina el cáncer in situ. Es importante destacar el rol que tienen los aspectos psicosociales, en relación al proceso salud enfermedad, de la misma forma que las estrategias de afrontamiento y estilos conductuales que emplean las personas en esta patología. Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo general, determinar la complejidad de la afectación y repercusión que representa el cáncer de mama en la vida de las pacientes, fomentando la reflexión sobre el diseño de un plan de cuidado que beneficie la calidad de vida y así disminuya su impacto psicosocial. Las determinantes psicosociales influyen todo ámbito de vida de la persona, causando ruptura en la organización, ritmo y estilo de vida, generando gran impacto en sus tres áreas; físicas, psicológicas, social a la mujer y su entorno. La atención integral en oncología, se consigue agrupando los aspectos inherentes al proceso. Las enfermeras tienen gran papel en la mejora de la salud y calidad de vida de las pacientes; mediante promoción de autocuidados, prevención de enfermedades, rehabilitación, sobre todo identificar necesidades psicológicas o sociales. De esta manera reponer su independencia dentro de las fases del proceso.

PALABRAS CLAVES: cáncer de mama, determinantes, aspectos psicosociales, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Breast cancer is one of the first malignancies for being the biggest cause of death in women around the world. This pathology is the alteration of the cell nucleus, initially formed hyperplastic lesions coming to join and form Dysplasias originating in situ cáncer. It is important to highlight the role that psychosocial, in relation to the process aspects health disease, in the same way as the coping strategies and behavioral styles that people used in this pathology. This review bibliographic has as objective general determine it complexity of it involvement and impact that represents the breast cancer in the life of them patients, encouraging it reflection on the design of a plan of care that benefit the quality of life and so decrease its impact psychosocial. The psychosocial determinants affect any area of the person's life, causing a rupture in the Organization, rhythm and style of life, generating great impact in three areas; physical, psychological, social. Women and their surroundings. Comprehensive care in Oncology, is achieved by grouping the aspects inherent to the process. The nurses have great role in it improves of the health and quality of life of the patients; through promotion of self care, prevention of diseases, rehabilitation, especially identify needs psychological or social. Thus replenish its independence within the phases of the process.

KEY WORDS: breast cancer, determinant, psychosocial aspects, nursing care

ÍNDICE

PORTADA I
DEDICATORIA II
AGRADECIMIENTO III
RESUMEN IV
ABSTRACT V

1. INTRODUCCIÓN 6
2. DESARROLLO 7
2.1 EPIDEMIOLOGIA 7
2.2 TIPOS 7
2.2.3 SEGÚN EL GRADO DE INVASIÓN DEL TUMOR 7
2.2.3.1 IN SITU. 7
2.2.3.2 INFILTRANTE 7
2.2.4 SEGÚN EL LUGAR EN DONDE SE ORIGINA LA TUMORACIÓN Y EL ASPECTO DE SUS CÉLULAS 7
2.2.4.1 LOBULAR 7
2.2.4.2 DUCTAL. 7
2.2.4.3 INFLAMATORIO 7
2.3 FACTORES DE RIESGO 8
2.4 DETECCIÓN 8
2.5 PREVENCIÓN 8
2.6 TRATAMIENTO 8
2.6.1 RADIOTERAPIA 8
2.6.2 QUIMIOTERAPIA 8
2.6.3 MASTECTOMÍA CONSERVADORA 8
2.6.4 MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA. 8
2.6.5 MASTECTOMÍA RADICAL 8
2.7 IMPACTO PSICOSOCIAL EN CÁNCER DE MAMA 8
2.7.1 FÍSICA 9
2.7.2 PSICOLÓGICO 9
2.7.3 SOCIAL 9
2.8 DIAGNÓSTICOS ..... **¡Error! Marcador no definido.** 11
3. CIERRE 13
4. BIBLIOGRAFIA 14
5. ANEXOS 16

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye una de las primeras enfermedades malignas por ser la mayor causa de muerte tumoral en la mujer a nivel mundial. Es importante destacar el rol que tienen los aspectos psicosociales, en relación al proceso salud enfermedad, de la misma forma que las estrategias de afrontamiento y estilos conductuales que emplean las personas en esta patología. (1)(2).

Cada año se presentan 1.500 casos; según el Ministerio de Salud y los registros hospitalarios de tumores de los hospitales de SOLCA, Quito ocupa el primer lugar después del cáncer de cuello uterino, en cuanto a la incidencia de la patología tumoral maligna en la mujer ecuatoriana. Representa una tasa del 35,6% por cada 100.000 habitantes, y para las ciudades de Guayaquil y Cuenca el 26,4 y 31,4%, respectivamente.(3)

En cuanto a la enfermedad es un desequilibrio en la vida de las pacientes, tanto por el diagnóstico como por el tratamiento. Este proceso afecta el estado físico, e influye en otras áreas como el bienestar emocional, las relaciones sociales, la autoestima y el no poder realizar actividades de la vida diaria, interviniendo en los nuevos roles de adaptación ante la adversidad.(4)

Los efectos secundarios: alopecia, obesidad, infertilidad, Dismenorrea, mastectomía, diaforesis, cefalea, entre otros, son consecuencia de un bienestar emocional negativo. Desde el punto de vista científico, las repercusiones del cáncer de mama se presentan en el ámbitos físico, social, emocional y cognitivo. Como consecuencia es el trastorno dismórfico corporal de las pacientes, asociada con síntomas depresivos, ansiedad y baja autoestima.(4)

Por estas razones el mejor indicador de sobrellevar la adversidad oncológica, será su modo de afrontar las situaciones traumáticas (Haber, 2000). Desde el punto de vista de Fawzy et al., (1993), el afrontamiento activo ante una enfermedad de gravedad está asociado a la reducción de la tensión asociada a dicha patología.(5)

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo general determinar la complejidad de la afectación y repercusión que representa el cáncer de mama en la vida de las pacientes, fomentando la reflexión sobre el diseño de un plan de cuidado que beneficie la calidad de vida y así disminuya su impacto psicosocial. (6)(4)

2. DESARROLLO

El Cáncer de mama, incide principalmente en mujeres, siendo un problema prioritario en salud, es la alteración del núcleo de las células, inicialmente se forman las hiperplasias llegando a unirse y formar las displasias que origina el cáncer in situ. El carcinoma se desarrollando en la capa del revestimiento de la mama, en los conductos y lobulillos, mientras que adenocarcinoma se presenta en el tejido glandular del seno. (7)

Cuando las células del seno envejecen, mueren son reemplazadas por otras. Sin embargo, cuando crecen y el cuerpo no las necesita se unen, formando masas tumorales: malignas y benignas.(2)

2.1 EPIDEMIOLOGIA:

Entre los diferentes tipos de cáncer, el cáncer de mama tiene especial relevancia por su alta prevalencia e incidencia, sobre todo entre las mujeres. Es el segundo tipo de cáncer más frecuente en el mundo. (OMS, 2007; INCA, 2007). (8)

Según Globocan 2012 para el año 2020, serán ocho millones las personas con cáncer de mama y próstata, y se ha calculado que hacerles "seguimiento" a estos pacientes podría costar 18 000 millones de dólares, lo que equivale a un 27% más en los gastos de los pacientes con cáncer en EEUU en los próximos diez años.(9)

2.2 TIPOS:

2.2.3 Según el Grado de Invasión del Tumor

2.2.3.1 In situ; proliferación de células epiteliales, con componentes citológicos e histológicos de malignidad en la unidad ductolobulillar confinada a la membrana basal (Se localiza dentro de los conductos galactóforos que conducen la leche hasta el pezón.).

2.2.3.2 Infiltrante; caracteriza por una masa o tumoración con límites no bien delimitados (Rompe el conducto galactóforo e invade la grasa de la mama que rodea el conducto).

2.2.4 Según el lugar en donde se origina la tumoración y el aspecto de sus células:

2.2.4.1 Lobular; Se origina en las glándulas productoras de secreción láctea, se considera un proceso maligno, sino que un factor de riesgo junto a la hiperplasia ductal y lobulillar.

2.2.4.2 Ductal; Hay presencia de células anormales en el revestimiento del conducto mamario; Medular. Las células cancerosas se encuentran agrupadas.

2.2.4.3 Inflamatorio; Las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos de la piel produciendo inflamación en la mama.(10)(11)

2.3 FACTORES DE RIESGO:

Edad, predisposición genética, nuliparidad, estrés, Menarquia precoz, menopausia tardía, dieta no equilibrada.(12)

2.4 DETECCIÓN

Existen técnicas manuales y de equipos de alta tecnología:

La autoexploración, técnica realizada por la mujer, basada en observar y palpar, en búsqueda de signos de alarma. Mamografía; es una imagen de la mama obtenida por rayos x; otras técnicas muy útiles son ecografía, biopsia, resonancia magnética.(13)

2.5 PREVENCIÓN:

Es importante informar a las personas sobre los factores de riesgo que aumentan las posibilidades de desarrollar un cáncer, especialmente aquellos modificables, lográndolos eludir, relacionados con el estilo de vida. Además, las medidas preventivas específicas de tipos de cáncer vinculadas con la quimioprevención, la cirugía profiláctica, autoexamen y la participación en programas.(14)

2.6 TRATAMIENTO:

2.6.1 Radioterapia: empleo de radiaciones ionizantes, para eliminar las células tumorales.

2.6.2 Quimioterapia: administración de fármacos citostáticos o citotóxicos, que tienen como función el impedir la reproducción de las células cancerosas.

2.6.3 Mastectomía conservadora: Procedimiento quirúrgico para extirpar la lesión de la mama con un margen suficiente de tejido sano y los ganglios de la axila de ese lado.

2.6.4 Mastectomía profiláctica: Procedimiento para la extirpación de una o ambas mamas que no contienen cáncer con el fin de prevenir o reducir el riesgo de sufrir cáncer de mama en mujeres con alto riesgo de padecerlo.

2.6.5 Mastectomía radical: Procedimiento quirúrgico de extirpación de los músculos de la pared torácica (pectorales) además de la mama y los ganglios linfáticos axilares.(14)

2.7 IMPACTO PSICOSOCIAL EN CÁNCER DE MAMA

Los resultados de la revisión bibliográfica según el impacto psicosocial en pacientes oncológicas se grupa en 3 áreas: física, psicológica y social.

2.7.1 FÍSICA:

La glándula mamaria, comúnmente es parte importante de belleza corporal, base del erotismo y representación de maternidad (García y González, 2007, p.7 5). Una mastectomía distorsiona el aspecto que tiene de sí misma. Por lo tanto, esta situación genera ansiedad, tristeza, miedo, dudas y cuestionamientos debido al estigma de la enfermedad. (15)

Muchas mujeres han de adaptarse a las secuelas físicas derivadas de los tratamientos oncológicos, entre ellos, la mastectomía, cicatrices, tratamientos hormonales, quimioterapia, radioterapia o trasplante de médula ósea. Enfrentarse repentinamente a cambios de la estructura anatómica genera alteración emocional. Situaciones derivadas de la percepción y la cognición del efecto pos terapéutico.(6)

Un estudio que comparo el impacto psicosocial en mujeres tratadas de cáncer relacionadas con el tipo de tratamiento quirúrgico realizado, revelo que existe diferencias sobre la percepción en la calidad de vida. La imagen corporal favorece en caso de cirugía reparadora, mientras que las mujeres con mastectomía experimentaban estrés psicológico.(6)

2.7.2 PSICOLÓGICO:

La experiencia, asumida por las mujeres afectadas, conlleva una aceptación de la enfermedad, catalogada ampliamente maligna, quien asume su rol de paciente presenta grados depresivos diferentes. Precisamente, las preocupaciones psicológicas más frecuentes toman la forma de miedo a la recidiva, incertidumbre respecto al futuro, ansiedad o preocupación persistente de amenaza de reaparición de la enfermedad.(6)

Cualquier sensación física nueva tiene el potencial de generar elevados niveles de angustia y de temor. Esta hipersensibilidad puede con llevar a un estado de hipervigilancia, que suele disiparse gradualmente a medida que pasa el tiempo; muchas supervivientes experimentan una sensación de vulnerabilidad.(6)

Las secuelas físicas y psicológicas pueden permanecer tiempo después de haber finalizado los tratamientos, como revela una investigación, realizada mujeres que superaron la enfermedad, 20 años después de finalizar la quimioterapia. Los resultados obtenidos son: miedo a recaídas, que persiste hasta muchos años después de los tratamientos, síntomas postraumáticos y estrés emocional.(6)

2.7.3 SOCIAL:

El diagnóstico de cáncer y los continuos tratamientos también tienen impacto en la vida familiar. Especialmente en la relación de pareja. El/la conviviente, puede convertirse o no apoyo durante de la enfermedad. Sin embargo, pueden aparecer tensiones en la fase de postratamiento. En ocasiones, la relación de cónyuges no puede resistir los cambios provocados por el proceso de cáncer. (6)

Esto afecta profundamente a la unidad familiar, crea cambios emocionales en todos los miembros e interrumpe roles y estilos de vida. Además, se crean conjeturas sobre herencia genética; En el área laboral, la reincorporación puede verse alterada, identificándose

mayores tasas de desempleo, problemas de discriminación profesional, despidos injustificados, ser transferido a trabajos menos deseables o limitación de responsabilidades, aspectos que llevan al retiro anticipado del mundo laboral por sentirse infravaloradas. Presentado situaciones adversas: pérdidas económicas, repercusiones personales y familiares, y efectos psicológicos. Por otro lado, la pérdida del estilo de vida previo puede traer consigo un alejamiento de la vida social, con el consiguiente aislamiento colectivo. (6)

2.8 DIAGNOSTICO

NANDA	NOC	NIC
Dominio 6 autopercepción **Clase 2 autoestima** 00153 Riesgo de baja autoestima situacional **R/C** enfermedad física, trastornó de la imagen corporal, **m/p** verbalización negativa.	Dominio III Salud psicosocial Clase M Bienestar psicológico. 1205 AUTOESTIMA Indicadores: 120501 verbalizaciones de auto aceptación. 3 120502 aceptaciones de las propias limitaciones. 2 120507 comunicación abierta. 3 120508 cumplimientos de los roles significativos personales. 3 120511 nivel de confianza. 2 120513 respuesta esperada por los demás. 3	Campo III conductual Clase r ayuda para ser frente a situaciones difíciles. 5400 potenciación de la autoestima Actividades: *Ayudar al paciente a encontrar la auto aceptación. *ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. *observar las frases del paciente sobre su propia valía. *animas al paciente a identificar sus virtudes. *ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. *facilitar un ambiente y actividades que aumente la autoestima.

NANDA	NOC	NIC
Dominio 9 afrontamiento/tolerancia al estrés. **Clase (2) respuesta de afrontamiento** 00146 Ansiedad **R/C** amenaza de muerte, cambios en el estado de salud, estrés.	DOMINIO (III) SALUD PSICOSOCIAL CLASE (N) ADAPTACION PSICOSOCIAL 1300 aceptación: estado de salud 130008 reconoce la realidad de la situación de salud. 2 130009 busca información sobre salud. 3 130017 se adapta al cambio en el estado de salud. 3 130010 superación de la situación de salud. 2 130011 Toma de decisiones relacionadas con su salud. 3	CAMPO (III) CONDUCTUAL CLASE (T) FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOSOCIAL 5820 Disminución de la ansiedad Actividades: *explicar todos los procedimientos incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el proceso. *animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso. *utilizar un enfoque sereno que de seguridad. *identificar los cambios en el nivel de ansiedad. *instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

3. CONCLUSIÓN

El cáncer de mama es una patología prioritaria dentro de los sistemas de salud a nivel nacional, en todos los países del mundo. Por su incidencia y consecuencia.

Las determinantes psicosociales influyen todo ámbito de vida de la persona, causando ruptura en la organización, el ritmo y estilo de vida, generando a su vez gran impacto dentro de sus tres áreas; físicas, psicológicas, social. A la mujer y su entorno.

La atención integral en oncología, se consigue agrupando todos los aspectos inherentes al proceso. Las enfermeras tienen gran papel en la mejora de la salud y calidad de vida de las pacientes; mediante la promoción de autocuidados, prevención de enfermedades, rehabilitación y sobre todo en identificar necesidades psicológicas o sociales. De esta manera reponer su independencia dentro de las fases del proceso.

Para conseguirlo se escogió dos planes de cuidados estandarizados, de intervenciones que habitualmente se realizan garantizando cuidados de calidad, permitiendo satisfacer necesidades presentes antes y después del tratamiento.

4. BIBLIOGRAFIA:

1. Digital P. PARANINFO DIGITAL. 2013;

2. Herrera Gina RL. ESTUDIO PILOTO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO BRIEF COPE INVENTORY EN SU VERSION EN ESPAÑOL PARA EVALUAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES CON CANCER DE SENO. 2009;

3. Pérez MG, Conci A, Aguilar A, Sánchez Á, Andaluz VH. Detección temprana del cáncer de mama mediante la termografía en. 2014;111–23.

4. Morales-rueda JC. Alteraciones de la autoestima y la imagen corporal y síntomas de depresión y ansiedad en una muestra de pacientes mexicanas con cáncer de mama Referencias Referencias Hacia la reducción del sedentarismo , un problema de salud pública en Chile Referencias. 2016;58(4):400–1.

5. Hernández Moreno FP, Landero Hernández R. Aspectos Psicosociales Relacionados con el TEPT en Pacientes con Cáncer de Mama. Acta Investig Psicológica [Internet]. 2015;5(1):1881–91. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471915300089

6. Vivar CG. Atención Primaria Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia : propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. 2012;44(5):288–92.

7. Determinants C, Early C. Determinantes psicológicos , clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá , Colombia. 11(1):13–22.

8. Schneider Hermel J, Pizzinato A, Magaly Uribe C. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. Rev Psicol [Internet]. 2015;33(2):439–67. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472015000200008&script=sci_arttext

9. General E, General C, Estilo E De. Carcinos Καρκίνος.

10. De H. El cáncer de mama.

11. O A. Cáncer de mama. Obstet Ginecol. 2009;4(3):223–32.

12. Torres-nieto H. Estrategias del plan nacional de control del cáncer y participación comunitaria. Rev Cienc y Ciudad. 2016;13(1):121–37.

13. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, Blanco-Muñoz J, Hernández-Ramírez RU, Knaul FM. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. Salud Publica Mex. 2014;56(5):538–46.

14. Camacho Bejarano R. Evaluación del Proceso Asistencial Cáncer de Mama [Internet]. Universidad de Huelva; 2014 [cited 2016 Dec 12]. Available from: http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/9958

15. Molano-tobar NJ. PERCEPCIÓN ACERCA DEL CÁNCER DE MAMA EN UN GRUPO DE MUJERES DE UN HOSPITAL EN POPAYÁN , BREAST CANCER PERCEPTION IN A GROUP OF WOMEN IN. 13(2):1–14.

16. Cáncer CON, Sometida DEM. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE LA MUJER ADULTA CON CÁNCER DE MAMA SOMETIDA A TUMORECTOMÍA Standardized care plan for adult women with breast cancer submitted to tumerectomia. 2014;

5. ANEXOS

1
http://www.index-f.com/para/n19/pdf/356o.pdf

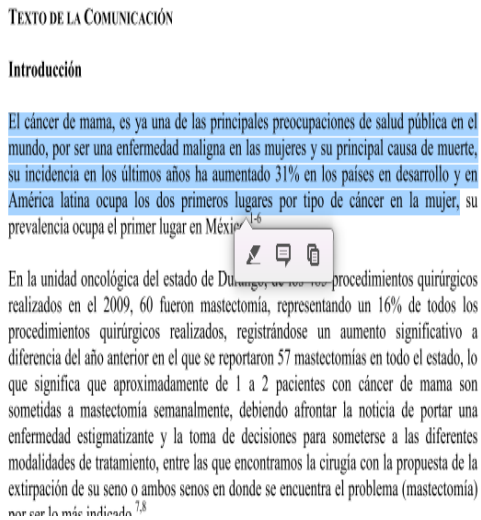
PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n19/356o.php

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.
Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" **I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia**, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Adaptación y afrontamiento en personas mastectomizada por cáncer de mama posterior al cuidado domiciliario**
Autores Mónica *Gallegos Alvarado*[1,2]
Centro/institución (1) Universidad Juárez del Estado de Durango. (2) Centro Estatal de Cancerología de Durango
Ciudad/país Durango, México
Dirección e-mail monikg91@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El empleo de la mastectomía como tratamiento quirúrgico para cáncer de mama, genera situaciones de incertidumbre extrema y desequilibrio psicosocial en la mujer, alterando su estilo de vida.
Objetivo: Evaluar adaptación - afrontamiento de la persona mastectomizada tras la introducción de un programa de cuidado domiciliario.
Método: Ensayo clínico controlado, en 30 personas mastectomizadas, del estado de Durango-México, conformando un grupo control y un grupo intervención de 20 y 10 personas respectivamente.



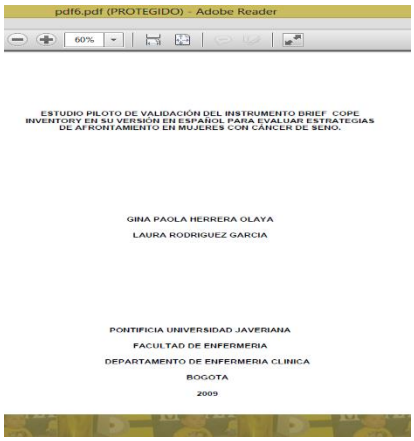
TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El cáncer de mama, es ya una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo, por ser una enfermedad maligna en las mujeres y su principal causa de muerte, su incidencia en los últimos años ha aumentado 31% en los países en desarrollo y en América latina ocupa los dos primeros lugares por tipo de cáncer en la mujer, su prevalencia ocupa el primer lugar en México[1-6]

En la unidad oncológica del estado de Durango, de 100 100 procedimientos quirúrgicos realizados en el 2009, 60 fueron mastectomía, representando un 16% de todos los procedimientos quirúrgicos realizados, registrándose un aumento significativo a diferencia del año anterior en el que se reportaron 57 mastectomías en todo el estado, lo que significa que aproximadamente de 1 a 2 pacientes con cáncer de mama son sometidas a mastectomía semanalmente, debiendo afrontar la noticia de portar una enfermedad estigmatizante y la toma de decisiones para someterse a las diferentes modalidades de tratamiento, entre las que encontramos la cirugía con la propuesta de la extirpación de su seno o ambos senos en donde se encuentra el problema (mastectomía) por ser lo más indicado.[7,8]

2
https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9842/tesis13-3.pdf?sequence=1

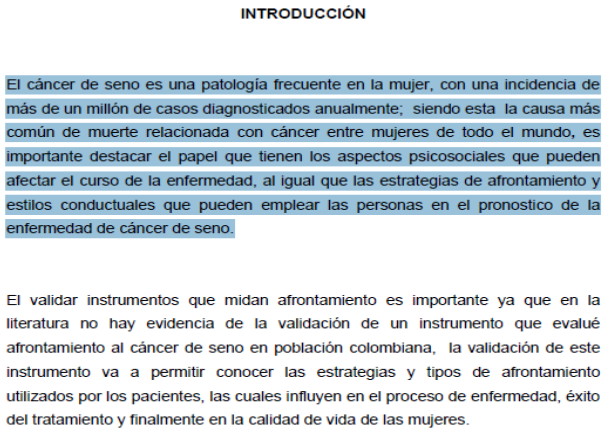


pdf6.pdf (PROTEGIDO) - Adobe Reader

ESTUDIO PILOTO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO BRIEF COPE INVENTORY EN SU VERSIÓN EN ESPAÑOL PARA EVALUAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES CON CÁNCER DE SENO.

GINA PAOLA HERRERA OLAYA
LAURA RODRIGUEZ GARCIA

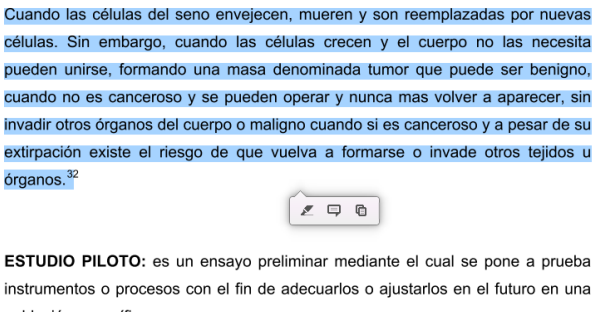
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA CLINICA
BOGOTA
2009



INTRODUCCIÓN

El cáncer de seno es una patología frecuente en la mujer, con una incidencia de más de un millón de casos diagnosticados anualmente; siendo esta la causa más común de muerte relacionada con cáncer entre mujeres de todo el mundo, es importante destacar el papel que tienen los aspectos psicosociales que pueden afectar el curso de la enfermedad, al igual que las estrategias de afrontamiento y estilos conductuales que pueden emplear las personas en el pronostico de la enfermedad de cáncer de seno.

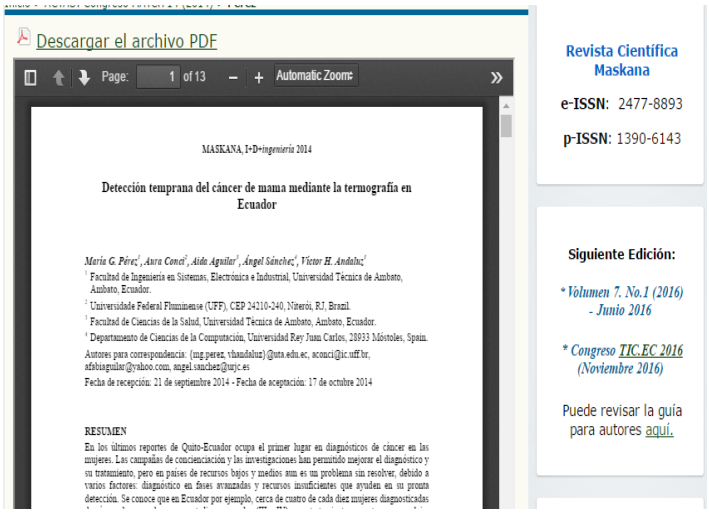
El validar instrumentos que midan afrontamiento es importante ya que en la literatura no hay evidencia de la validación de un instrumento que evalué afrontamiento al cáncer de seno en población colombiana, la validación de este instrumento va a permitir conocer las estrategias y tipos de afrontamiento utilizados por los pacientes, las cuales influyen en el proceso de enfermedad, éxito del tratamiento y finalmente en la calidad de vida de las mujeres.

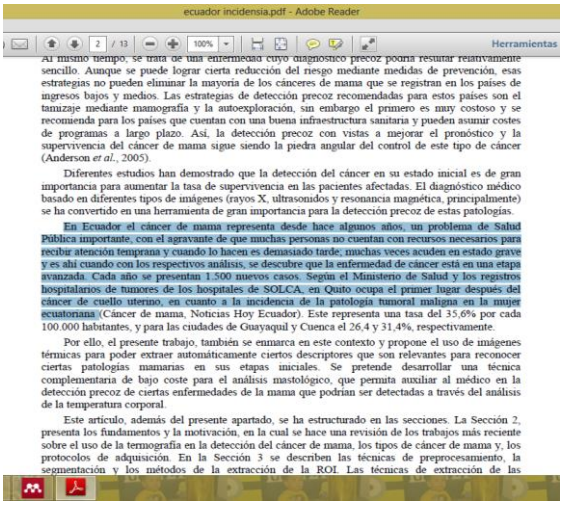


Cuando las células del seno envejecen, mueren y son reemplazadas por nuevas células. Sin embargo, cuando las células crecen y el cuerpo no las necesita pueden unirse, formando una masa denominada tumor que puede ser benigno, cuando no es canceroso y se pueden operar y nunca mas volver a aparecer, sin invadir otros órganos del cuerpo o maligno cuando si es canceroso y a pesar de su extirpación existe el riesgo de que vuelva a formarse o invade otros tejidos u órganos.[32]

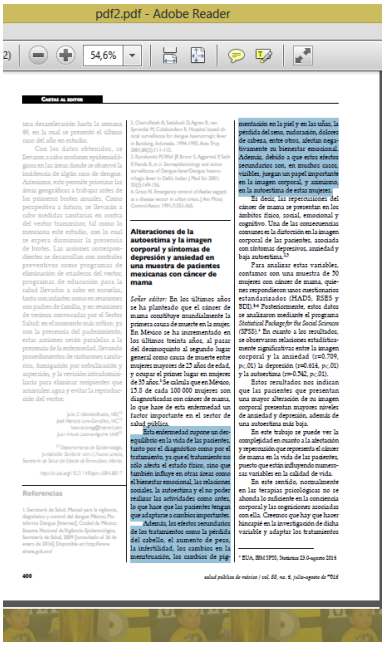
ESTUDIO PILOTO: es un ensayo preliminar mediante el cual se pone a prueba instrumentos o procesos con el fin de adecuarlos o ajustarlos en el futuro en una

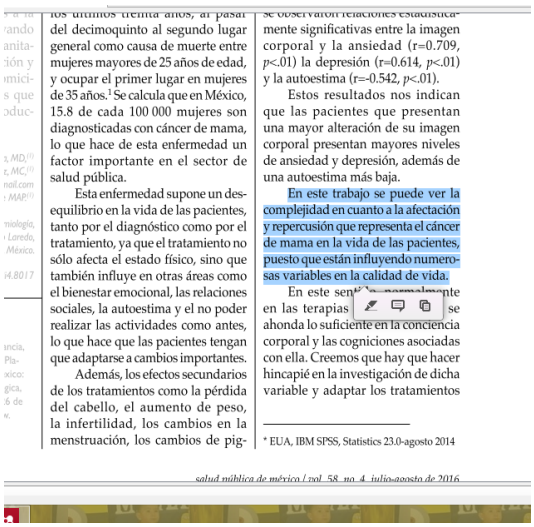
3 https://www.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/543/468





4 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000400400





5 http://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v5n1/2007-4719-aip-5-01-01881.pdf

SciELO sumario anterior próximo autor materia búsqueda

Acta de investigación psicológica
versión On-line ISSN 2007-4719*versión impresa* ISSN 2007-4832

Resumen

HERNANDEZ MORENO, Fresia Paloma y LANDERO HERNANDEZ, René. **Aspectos Psicosociales Relacionados con el TEPT en Pacientes con Cáncer de Mama.** *Acta de investigación psicol* [online]. 2015, vol.5, n.1, pp.1881-1891. ISSN 2007-4719.

El objetivo del estudio fue analizar la relación del estrés, la depresión y las estrategias de afrontamiento con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en una muestra de pacientes con cáncer de mama. Se realizó con una muestra no probabilística de 52 mujeres con cáncer de mama. Se encontró una relación entre TEPT y estrés (r= .344, p= .014), TEPT y depresión (rs=.346, p= .013). El TEPT correlacionó con evitación cognitiva (r= .437, p= .001), TEPT y desesperanza (rs= .437, p= .001) y TEPT con preocupación ansiosa (rs= .581, p= .001). Las variables predictoras del TEPT fueron: estrés, depresión, evitación cognitiva y desesperanza, explicando el 43.9% de la varianza.

Palabras llave : TEPT; Depresión; Estrés; Estrategias de Afrontamiento; Cáncer de Mama.

• resumen en Inglés • texto en Español • Español (pdf)

Av. Universidad 3004, Ciudad Universitaria, México, Distrito Federal, MX, 04510, (52-55) 5622-2305, (52-55) 5622-2326
eMail
actapsicologicaunam@gmail.com

su capacidad productiva en ésta área.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que más se asocian con el cáncer (Cano, 2005; Mate, Hollenstein & Gil, 2004). Además, existe evidencia de que la depresión produce cambios en el sistema inmunológico y endócrino (Tobón & Vinaccia, 2003). Según el estudio de Ornelas-Mejorada & Sánchez-Sosa (2011) en pacientes con cáncer de mama que estaban recibiendo radioterapia, las pacientes deprimidas tenían más efectos secundarios como resequedad de boca, irritación en la piel, y dolor en la zona radiada.

El mejor indicador de cómo sobrellevará una mujer el cáncer de mama será su modo de afrontar la situaciones traumáticas (Haber, 2000). Ya que como lo menciona Fawzy et al., (1993), el afrontamiento activo ante una enfermedad de gravedad está asociado a la reducción de la tensión asociada a dicha patología. Respecto al afrontamiento al cáncer, Greer, Morris y Pettingale (1979) identificaron cinco tipos de ajuste al cáncer: Espíritu de Lucha, Evitación Cognitiva, Fatalismo, Desamparo/desesperanza y Preocupación Ansiosa. Estos los definen como las respuestas cognitivas y conductuales que lleva a cabo un sujeto ante su diagnóstico de cáncer.

Varios estudios centrados en e[illegible]ilización de la preocupación ansiosa en pacientes con diversos tipo[illegible], han encontrado asociada a elevados niveles de depresión y ansiedad (Ferrero, Barreto & Toledo, 1994; Schwartz, Daltroy, Brandt & Friedman., 1992). Existe una similitud entre esta

6 file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/S0212656711004264_S300_es%20(2).pdf

Dialnet Buscar Revistas Tesis Congresos Registrarse

Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia

propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes

Autores: Cristina García Vivar

Localización: Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 44, Nº. 5, 2012, págs. 288-292
Idioma: español

Títulos paralelos:

Psychosocial impact of breast cancer in long-term survival: proposal of an integral follow-up care for survivors

Resumen

La finalidad de este artículo es evidenciar el impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia y fomentar la reflexión sobre la implantación de un plan de cuidados para supervivientes. Para ello se ha realizado una revisión narrativa de los artículos publicados sobre la experiencia de supervivencia de las mujeres con cáncer de mama. Los datos se agruparon teniendo en cuenta los dominios de medición (físico, psicológico y social) del instrumento «Calidad de vida a largo plazo en cáncer de mama»

Introducción

La detección precoz del cáncer, los avances médicos y farmacológicos y el mayor acceso a los servicios de salud han influido en el incremento de la supervivencia del cáncer[1]. Se estima una cifra mundial de 24,6 millones de supervivientes a los 3 años tras el diagnóstico y, en el caso del cáncer de mama, de 4,4 millones de supervivientes a los 5 años del diagnóstico[2]. También en España, la supervivencia relativa a los 5 años tras el diagnóstico de cáncer de mama es del 82,61%, según la base de datos de EUROCARE-4[3]. Asimismo, en un estudio epidemiológico realizado en las provincias de Granada y Almería[4], la supervivencia libre de enfermedad a los 5 años fue del 81% (IC 95%: 74,5-87,5) y a los 10 años del 71,3% (IC 95%: 63,3-79,3), con un tiempo medio de seguimiento de 118,7 meses (IC 95%: 111,9-125,7). Por su parte, la Fundación GEICAM (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama) corrobora estos datos apuntando que «España ha mejorado la tasa de supervivencia del cáncer de mama del 65 al 80% desde 1980»[5], acercándose al grupo de países europeos con mayor tasa de supervivencia, como son Finlandia, Francia, Suecia, Italia, Holanda y Noruega.

El pronóstico a largo plazo para las pacientes con cáncer de mama ha mejorado significativamente en las últimas décadas, en particular para las diagnosticadas de forma pre-

En el contexto español la situación es similar. A pesar de la calidad y eficiencia del sistema sanitario español en la asistencia oncológica, se requieren mejoras como el desarrollo de un modelo de asistencia dirigido al grupo, cada vez mayor, de pacientes en la fase de larga supervivencia. El enfoque actual se basa en la detección de una recidiva y el tratamiento de los efectos secundarios de las terapias oncológicas. Sin embargo, no se conoce un modelo para el manejo integral de las secuelas que puedan presentar las mujeres en la etapa de supervivencia.

La finalidad de este artículo es evidenciar el impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia, con el propósito último de fomentar la reflexión sobre el diseño e implantación de un plan de asistencia que mejore la atención al grupo de supervivientes de cáncer de mama.

Revisión de la literatura

Se llevó a cabo una revisión narrativa para incluir los distintos tipos de publicaciones y fomentar una visión holística sobre la experiencia de supervivencia en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. El objetivo era indagar sobre la *experiencia* de larga supervivencia del cáncer, y no en el tiempo de supervivencia ni en el pronóstico de la enferme-

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 17/01/2017. Copia para uso personal, se prohibe la transmisió

Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervive

Área psicológica

La experiencia de supervivencia conlleva una aceptación de que el cáncer es una enfermedad crónica y la inquietud por una posible recaída. Precisamente, las preocupaciones psicológicas más frecuentes toman la forma de miedo a la recidiva, incertidumbre respecto al futuro, ansiedad o preocupación persistente de amenaza de reaparición de la enfermedad[18]. Cualquier sensación física nueva tiene el potencial de generar elevados niveles de angustia y de temor relacionados con la posibilidad de una recaída de la enfermedad. Esta hipersensibilidad puede conducir a un estado de hipervigilancia, que suele disparse gradualmente a medida que pasa el tiempo.

Junto al miedo a una recidiva, muchas supervivientes experimentan una sensación de vulnerabilidad. Las secuelas físicas y psicológicas pueden permanecer tiempo después de haber finalizado los tratamientos, como revela una investigación en la que se entrevistó a supervivientes de cáncer de mama 20 años después de finalizar la quimioterapia[19]. La evidencia muestra que, aunque libres de enfermedad, algunas mujeres experimentan miedo a la recidiva, que persiste hasta muchos años después de los tratamientos y síntomas postraumáticos y estrés emocional[20].

diagnós
mero.
psicoso
diente
realizac
explore
vivient
necesid
En l
la may
y al tra
dos por
un segu
efectos
e impl
las sup
sanitari
dos Uni
médico
recidiva
de asist
impact
miento
tardios
La s

■ Se propone un plan de cuidados con un enfoque multidisciplinario que incluya la valoración del impacto psicosocial de la enfermedad, el seguimiento y control de las secuelas físicas, así como de los efectos tardíos potenciales de los tratamientos

plazo en cáncer de mama» *(Long Term Quality of Life-Breast Cancer Scale, LTQOL-BC Scale)*[10], instrumento diseñado para medir la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama con una supervivencia igual o mayor a 7 años posdiagnóstico. Los resultados y clasificación de los datos de esta revisión son la base de una propuesta de plan de cuidados para supervivientes de cáncer de mama.

Impacto del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia

En un intento de evidenciar el impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia, los resultados de esta revisión se agrupan en 3 áreas: física, psicológica y social.

Área física

Muchas supervivientes han de adaptarse a las secuelas físicas derivadas de los tratamientos oncológicos como mastectomía, cicatrices, linfedema, tratamientos hormonales, quimioterapia, radioterapia o trasplante de médula ósea. A pesar de que muchas mujeres hacen frente satisfactoriamente a la experiencia de los tratamientos, otras pueden sentirse emocionalmente afectadas debido a cambios en su imagen corporal y su feminidad.

En un estudio comparativo llevado a cabo con una muestra de 202 participantes en la que se incluía un grupo de mujeres con lesión benigna y otro de supervivientes de cáncer de mama, se evaluó la existencia de diferencias en la calidad de vida y la imagen corporal según diagnóstico, edad y tipo de cirugía[11]. Concluyó que el grupo de mujeres con lesión benigna mostraba una percepción favorable de su imagen corporal en contraste con el grupo de supervivientes. Por otro lado, la cirugía conservadora y la mastectomía radical con reconstrucción mamaria mejoraban la calidad de vida en las pacientes jóvenes, sin encontrar diferencias significativas en las mujeres mayores. Por el contrario, otro estudio comparativo entre supervivientes tratadas por un cáncer de mama en estadio II o III y mujeres de la población general sobre la percepción de la imagen corporal reveló que existían diferencias poco significativas entre ambos grupos[12]. Sin embargo, una investigación que comparó el impacto psicológico en supervivientes con mastectomía, cirugía conservadora y reconstrucción mamaria, reveló diferencias significativas en la calidad de vida de las supervivientes relacionadas con el tipo de tratamiento quirúrgico realizado. La imagen corporal era más favorable en caso de cirugía reparadora, mientras que las mujeres con mastectomía experimentaban un mayor estrés psicológico[13].

A pesar de los avances de la cirugía en enfermedad mamaria[14], estos resultados sugieren que las mujeres supervivientes a las que se les ha realizado una mastectomía, especialmente las jóvenes, pueden tener peor calidad de vida, ya que pueden sentirse emocionalmente afectadas por los cambios en su imagen corporal y feminidad. La pérdida de uno o ambos pechos puede hacer que se sientan menos atractivas, e incluso que experimenten baja autoestima, a lo que se puede añadir una de las complicaciones de la cirugía más frecuentes y limitantes, como es el linfedema.

Algunas complicaciones adicionales y secundarias a los tratamientos oncológicos son los problemas relacionados con una menopausia anticipada, como la esterilidad, anovulación, amenorrea, atrofia vaginal y sofocos[15], efectos que incluso pueden ser más severos que en otras mujeres menopáusicas. También se pueden presentar problemas en la vida sexual[16]. Por otro lado, los efectos tardíos de la terapia adyuvante pueden conllevar la anovulación prematura, causa de infertilidad[17]. La cuestión del embarazo es un área de especial preocupación para las supervivientes jóvenes, ya que la pérdida de potencial reproductivo puede afectar a su calidad de vida.

33n2.pdf

Área social

El diagnóstico de cáncer y los continuos tratamientos también tienen un impacto en la vida familiar de las supervivientes[21]. La familia, y en concreto la relación de pareja, es un apoyo indescriptible en toda la trayectoria de la enfermedad. Sin embargo, pueden aparecer tensiones en la fase de postratamiento. En ocasiones, la relación de pareja no puede resistir los cambios provocados por el proceso de cáncer. El impacto de la enfermedad afecta profundamente a la unidad familiar, ya que el diagnóstico crea cambios emocionales en todos los miembros de la familia e interrumpe roles y estilos de vida. Además, puede añadirse la preocupación de las mujeres a que sus hijas, por herencia genética, puedan tener mayor riesgo de presentar un cáncer de mama.

En el área laboral, las mujeres pueden también experimentar cambios. La reincorporación laboral puede verse alterada, identificándose mayores tasas de desempleo entre supervivientes de cáncer[22]. Se han observado también problemas de discriminación laboral como despidos injustificados, ser transferido a trabajos menos deseables o limitación de responsabilidades laborales, aspectos que llevan a que las supervivientes se retiren anticipadamente del mundo laboral por sentirse infravaloradas. Esta situación conlleva una pérdida económica y repercusiones personales y familiares, sin olvidar los efectos psicológicos en cuanto que el trabajo significa una fuente de autoestima. Por otro lado, la pérdida del estilo de vida previo puede traer consigo un alejamiento de la vida social, con el consiguiente aislamiento social.

Propuesta de plan de cuidados

Los estudios revisados muestran que el impacto psicológico que las mujeres experimentan como resultado del

La siguiente propuesta de un plan de cuidados para supervivientes de cáncer de mama responde a la necesidad de promocionar la salud de estas mujeres. Esta propuesta tendría como objetivo mejorar sus condiciones de salud a través de acciones de promoción, prevención, detección, tratamiento y seguimiento de los principales problemas que afectan a las supervivientes. En función de los problemas más comunes identificados en la literatura médica y al intercambio con especialistas que trabajan en este ámbito, se propone un plan de cuidados que comprende 5 áreas de intervención:

- Tratamiento y seguimiento de posibles efectos tardíos derivados de los tratamientos con quimioterapia y radioterapia (infertilidad, enfermedad pulmonar, cataratas, osteoporosis, hepatopatías, cardiopatías).
- Detección precoz de recidivas a través de pruebas analíticas y mamografías periódicas.
- Educación para la salud para aumentar los conocimientos sobre los efectos tardíos, y habilidades y destrezas para manejar posibles secuelas y adoptar estilos de vida saludables (prevención del linfedema, asesoramiento nutricional y de actividad física, consejo sanitario para cesación del hábito tabáquico).
- Manejo de la ansiedad y depresión. Se podrían programar sesiones individuales y talleres en grupo con los supervivientes según edad y diagnóstico, así como sesiones informativas sobre la identificación de signos y síntomas de una recidiva. También podrían realizarse talleres sobre autoestima para aquellas mujeres con una percepción pobre de su imagen corporal (por mastectomía u otros tratamientos), con el objetivo de prevenir trastornos psiquiátricos severos como la depresión o la ansiedad.
- Cuidado familiar. Se valorará a la familia de la superviviente para, si es necesario, trabajar con el grupo familiar. Además, se recogerán datos sobre la aparición de cáncer

7 http://www.cancer.gov.co/documentos/revistas/2007/pub1/3.Determinantes%20psicol%C3%B3gicos,%20cl%C3%ADnicos%20y.pdf

Artículos originales

Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia

Psychological, Social, and Clinical Determinants of Breast Cancer Early Detection in Bogotá, Colombia

Carolina Wiesner C.[1]

1 Coordinadora del Grupo de Planificación y Gestión de Programas de Prevención, del Instituto Nacional de Cancerología. Investigadora del Grupo Salud y Sociedad. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia.

Resumen

Introducción: diferentes determinantes del diagnóstico tardío del cáncer de mama han sido descritos (psicológicos, socio-demográficos, clínicos, de los servicios de salud). El diagnóstico temprano del cáncer de mama se relaciona con la supervivencia y la calidad de vida. El objetivo de este trabajo fue conocer los determinantes de la oportunidad del diagnóstico de cáncer de mama en Bogotá.

Metodología: Se diseñó un estudio de casos y controles pareado por estrato social. Se incluyeron 102 mujeres. Se definió como evento el cáncer de mama en estadio avanzado. Se analizaron la funcionalidad familiar, las redes de soporte social, las características de la personalidad y la afiliación al sistema. Se utilizaron cuestionarios cerrados, la prueba de Wartegg y entrevistas sobre aspectos clínicos y de personalidad.

Resultados: El tiempo de aparición de síntomas y entre la primera consulta y la toma de la biopsia fue mayor en casos que en controles. Las únicas variables asociados al diagnóstico en estadio tardío son la filiación al sistema y la dificultad para establecer relaciones sociales y afectivas. El riesgo de diagnóstico en estadio avanzado es 7,8 veces mayor en mujeres sin aseguramiento. La mayoría de mujeres no perciben los síntomas con adecuado nivel de riesgo (masa no dolorosa).

Conclusiones: No estar asegurada es un factor de riesgo para tener un diagnóstico tardío de cáncer de mama. Es necesario mejorar la oportunidad de la consulta y la biopsia. Se debe mejorar el tipo de información y educación respecto a la sintomatología mamaria.

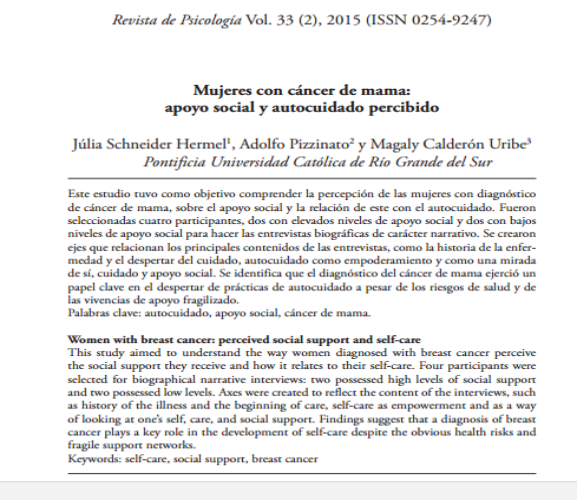
Introducción

En el mundo, el cáncer de mama es un problema prioritario de salud pública, pues es la primera causa de muerte por cáncer entre la población femenina (1). La incidencia del cáncer de mama se ha incrementado en las últimas décadas por diversos factores, como son los cambios en los niveles de actividad física, la edad del primer parto y la exposición a hormonas endógenas y exógenas, entre otros (2). Aunque la incidencia es menor en los países en desarrollo, comparados con los industrializados (tasa estandarizada por edad [TAE] 23 y 63 por 100.000, respectivamente)(1), las mujeres de países de menores ingresos, como las de Sur América, tienen una menor supervivencia, puesto que un alto porcentaje de casos se diagnostican en estadios tardíos de la enfermedad (3).

Teniendo en cuenta el carácter multifactorial e incierto de la etiogénesis de la enfermedad, se ha miedo a los médicos, a los hospitales y al cáncer (7). En la década de los setenta se encontró que las mujeres que llegaban tarde al diagnóstico eran "negadoras habituales" ante una situación de estrés o de otra índole (8), o evitaban el uso de la palabra *cáncer* y manifestaban mayores niveles de ansiedad, tensión, fatiga y confusión (8). En una revisión más reciente se reporta que las mujeres que llegan tarde al diagnóstico son mujeres de edad avanzada y de una clase sociocultural baja (9). Entre los determinantes clínicos del diagnóstico tardío de la enfermedad se ha resaltado la ausencia de síntomas, por ejemplo, la ausencia de una masa palpable (10).

En los países subdesarrollados y en ciertos grupos étnicos de los países desarrollados el diagnóstico tardío del cáncer de mama parece depender, además, de factores culturales y sociodemográficos, respecto a otros relacionados con el acceso y las

8
http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a08v33n2.pdf



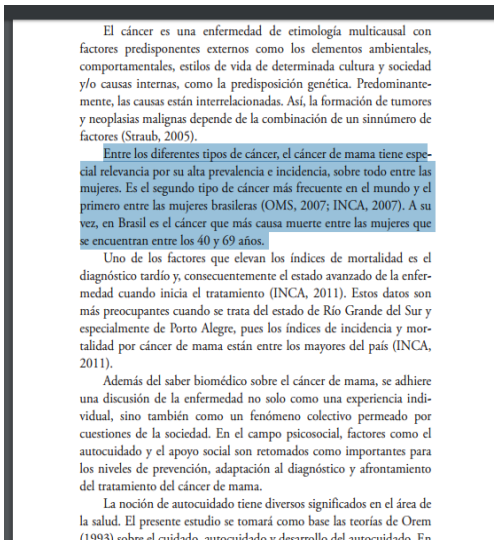
Revista de Psicología Vol. 33 (2), 2015 (ISSN 0254-9247)

Mujeres con cáncer de mama:
apoyo social y autocuidado percibido

Júlia Schneider Hermel[1], Adolfo Pizzinato[2] y Magaly Calderón Uribe[3]
Pontificia Universidad Católica de Río Grande del Sur

Este estudio tuvo como objetivo comprender la percepción de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, sobre el apoyo social y la relación de este con el autocuidado. Fueron seleccionadas cuatro participantes, dos con elevados niveles de apoyo social y dos con bajos niveles de apoyo social para hacer las entrevistas biográficas de carácter narrativo. Se crearon ejes que relacionan los principales contenidos de las entrevistas, como la historia de la enfermedad y el despertar del cuidado, autocuidado como empoderamiento y como una mirada de sí, cuidado y apoyo social. Se identifica que el diagnóstico del cáncer de mama ejerció un papel clave en el despertar de prácticas de autocuidado a pesar de los riesgos de salud y de las vivencias de apoyo fragilizado.
Palabras clave: autocuidado, apoyo social, cáncer de mama.

Women with breast cancer: perceived social support and self-care
This study aimed to understand the way women diagnosed with breast cancer perceive the social support they receive and how it relates to their self-care. Four participants were selected for biographical narrative interviews: two possessed high levels of social support and two possessed low levels. Axes were created to reflect the content of the interviews, such as history of the illness and the beginning of care, self-care as empowerment and as a way of looking at one's self, care, and social support. Findings suggest that a diagnosis of breast cancer plays a key role in the development of self-care despite the obvious health risks and fragile support networks.
Keywords: self-care, social support, breast cancer



El cáncer es una enfermedad de etimología multicausal con factores predisponentes externos como los elementos ambientales, comportamentales, estilos de vida de determinada cultura y sociedad y/o causas internas, como la predisposición genética. Predominantemente, las causas están interrelacionadas. Así, la formación de tumores y neoplasias malignas depende de la combinación de un sinnúmero de factores (Straub, 2005).

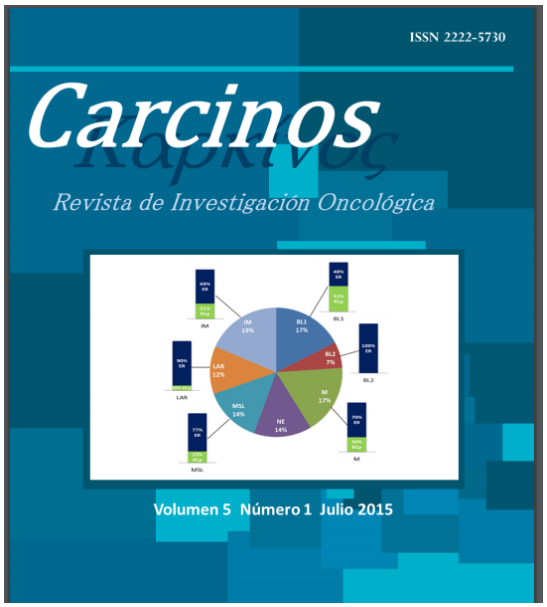
Entre los diferentes tipos de cáncer, el cáncer de mama tiene especial relevancia por su alta prevalencia e incidencia, sobre todo entre las mujeres. Es el segundo tipo de cáncer más frecuente en el mundo y el primero entre las mujeres brasileras (OMS, 2007; INCA, 2007). A su vez, en Brasil es el cáncer que más causa muerte entre las mujeres que se encuentran entre los 40 y 69 años.

Uno de los factores que elevan los índices de mortalidad es el diagnóstico tardío y, consecuentemente el estado avanzado de la enfermedad cuando inicia el tratamiento (INCA, 2011). Estos datos son más preocupantes cuando se trata del estado de Río Grande del Sur y especialmente de Porto Alegre, pues los índices de incidencia y mortalidad por cáncer de mama están entre los mayores del país (INCA, 2011).

Además del saber biomédico sobre el cáncer de mama, se adhiere una discusión de la enfermedad no solo como una experiencia individual, sino también como un fenómeno colectivo permeado por cuestiones de la sociedad. En el campo psicosocial, factores como el autocuidado y el apoyo social son retomados como importantes para los niveles de prevención, adaptación al diagnóstico y afrontamiento del tratamiento del cáncer de mama.

La noción de autocuidado tiene diversos significados en el área de la salud. El presente estudio se tomará como base las teorías de Orem (1993) sobre el cuidado, autocuidado y desarrollo del autocuidado. En

9
http://cdn2.hubspot.net/hubfs/2202832/produccion-cientifica/revista-carcinos-volumen-5-numero-1.pdf#page=27

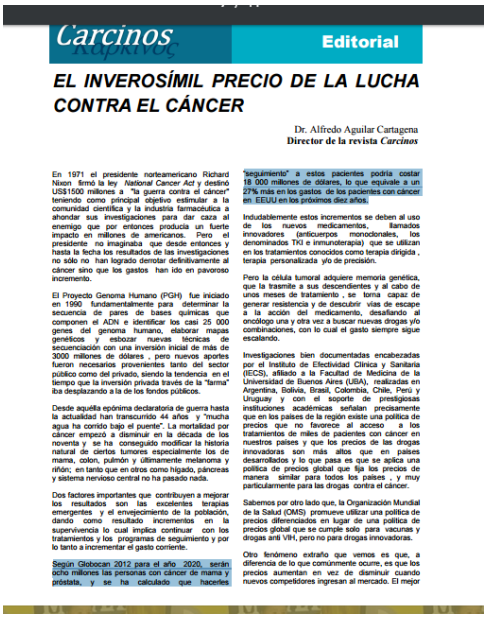


ISSN 2222-5730

Carcinos

Revista de Investigación Oncológica

Volumen 5 Número 1 Julio 2015



Carcinos Editorial

EL INVEROSÍMIL PRECIO DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

Dr. Alfredo Aguilar Cartagena
Director de la revista *Carcinos*

En 1971 el presidente norteamericano Richard Nixon firmó la ley *National Cancer Act* y destinó US$1500 millones a "la guerra contra el cáncer" teniendo como principal objetivo estimular a la comunidad científica y la industria farmacéutica a ahondar sus investigaciones para dar caza al enemigo que por entonces producía un fuerte impacto en millones de americanos. Pero el presidente no imaginaba que desde entonces y hasta la fecha los resultados de las investigaciones no sólo no han logrado derrotar definitivamente al cáncer sino que los gastos han ido en pavoroso incremento.

El Proyecto Genoma Humano (PGH) fue iniciado en 1990 fundamentalmente para determinar la secuencia de pares de bases químicas que componen el ADN e identificar los casi 25 000 genes del genoma humano, elaborar mapas genéticos y esbozar nuevas técnicas de secuenciación con una inversión inicial de más de 3000 millones de dólares , pero nuevos aportes fueron necesarios provenientes tanto del sector público como del privado, siendo la tendencia en el tiempo que la inversión privada través de la "farma" iba desplazando a la de los fondos públicos.

Desde aquélla epónima declaratoria de guerra hasta la actualidad han transcurrido 44 años y "mucha agua ha corrido bajo el puente". La mortalidad por cáncer empezó a disminuir en la década de los noventa y se ha conseguido modificar la historia natural de ciertos tumores especialmente los de mama, colon, pulmón y últimamente melanoma y riñón; en tanto que en otros como hígado, páncreas y sistema nervioso central no ha pasado nada.

Dos factores importantes que contribuyen a mejorar los resultados son las excelentes terapias emergentes y el envejecimiento de la población, dando como resultado incrementos en la supervivencia lo cual implica continuar con los tratamientos y los programas de seguimiento y por lo tanto a incrementar el gasto corriente.

Según Globocan 2012 para el año 2020, serán ocho millones las personas con cáncer de mama y próstata, y se ha calculado que hacerles "seguimiento" a estos pacientes podría costar 18 000 millones de dólares, lo que equivale a un 27% más en los gastos de los pacientes con cáncer en EEUU en los próximos diez años.

Indudablemente estos incrementos se deben al uso de los nuevos medicamentos, llamados innovadores (anticuerpos monoclonales, los denominados TKI e inmunoterapia) que se utilizan en los tratamientos conocidos como terapia dirigida , terapia personalizada y/o de precisión.

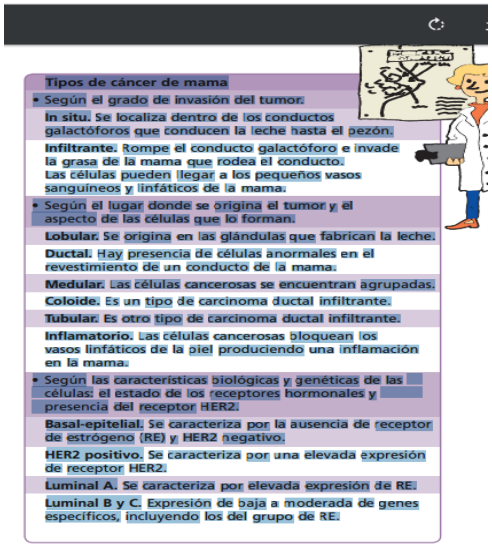
Pero la célula tumoral adquiere memoria genética, que la trasmite a sus descendientes y al cabo de unos meses de tratamiento , se torna capaz de generar resistencia y de descubrir vías de escape a la acción del medicamento, desafiando al oncólogo una y otra vez a buscar nuevas drogas y/o combinaciones, con lo cual el gasto siempre sigue escalando.

Investigaciones bien documentadas encabezadas por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), afiliado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), realizadas en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Perú y Uruguay y con el soporte de prestigiosas instituciones académicas señalan precisamente que en los países de la región existe una política de precios que no favorece al acceso a los tratamientos de miles de pacientes con cáncer en nuestros países y que los precios de las drogas innovadoras son más altos que en países desarrollados y lo que pasa es que se aplica una política de precios global que fija los precios de manera similar para todos los países , y muy particularmente para las drogas contra el cáncer.

Sabemos por otro lado que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve utilizar una política de precios diferenciados en lugar de una política de precios global que se cumple solo para vacunas y drogas anti VIH, pero no para drogas innovadoras.

Otro fenómeno extraño que vemos es que, a diferencia de lo que comúnmente ocurre, es que los precios aumentan en vez de disminuir cuando nuevos competidores ingresan al mercado. El mejor

10 http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/HABLEMOS_CANCER_MAMA.pdf



11 file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2009_vol4_3_223a2320.pdf

Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2009; Vol 4 (3): 223-232

basal de la célula. Esta diferencia es importante ya que tiene relación tanto con la sobrevida global y libre de enfermedad como con la agresividad del tratamiento a realizar.

Los tipos histológicos son: ductal, lobulillar, papilar, medular, coloide, tubular, apocrino, adenoide quístico, siendo los más frecuentes los ductales y lobulillares.

Carcinoma ductal in situ (CDIS)

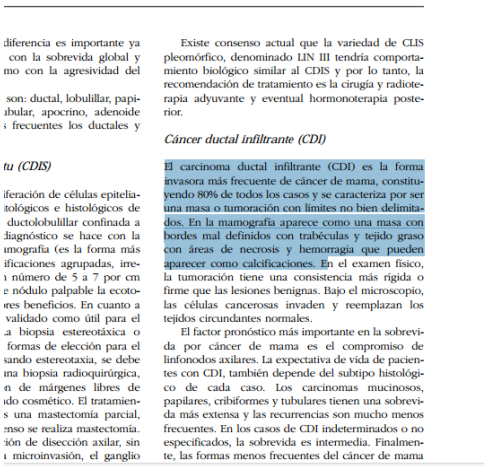
Se define como una proliferación de células epiteliales, con componentes citológicos e histológicos de malignidad en la unidad ductolobulillar confinada a la membrana basal. El diagnóstico se hace con la visualización, en una mamografía (es la forma más frecuente), de microcalcificaciones agrupadas, irregulares, pleomórficas, en número de 5 a 7 por cm cuadrado. En ausencia de nódulo palpable la ecotomografía no presta mayores beneficios. En cuanto a la RM todavía no se ha validado como útil para el diagnóstico de CDIS. La biopsia estereotáxica o radioquirúrgica serán las formas de elección para el diagnóstico definitivo. Usando estereotaxia, se debe realizar posteriormente una biopsia radioquirúrgica, asegurando la obtención de márgenes libres de tumor y con buen resultado cosmético. El tratamiento quirúrgico habitual es una mastectomía parcial, aunque si el CDIS es extenso se realiza mastectomía. El CDIS no tiene indicación de disección axilar, sin embargo, si es sospecha microinvasión, el ganglio

Existe consenso actual que la variedad de CLIS pleomórfico, denominado LIN III tendría comportamiento biológico similar al CDIS y por lo tanto, la recomendación de tratamiento es la cirugía y radioterapia adyuvante y eventual hormonoterapia posterior.

Cáncer ductal infiltrante (CDI)

El carcinoma ductal infiltrante (CDI) es la forma invasora más frecuente de cáncer de mama, constituyendo 80% de todos los casos y se caracteriza por ser una masa o tumoración con límites no bien delimitados. En la mamografía aparece como una masa con bordes mal definidos con trabéculas y tejido graso con áreas de necrosis y hemorragia que pueden aparecer como calcificaciones. En el examen físico, la tumoración tiene una consistencia más rígida o firme que las lesiones benignas. Bajo el microscopio, las células cancerosas invaden y reemplazan los tejidos circundantes normales.

El factor pronóstico más importante en la sobrevida por cáncer de mama es el compromiso de linfonodos axilares. La expectativa de vida de pacientes con CDI, también depende del subtipo histológico de cada caso. Los carcinomas mucinosos, papilares, cribiformes y tubulares tienen una sobrevida más extensa y las recurrencias son mucho menos frecuentes. En los casos de CDI indeterminados o no especificados, la sobrevida es intermedia. Finalmente, las formas menos frecuentes del cáncer de mama



diferencia es importante ya con la sobrevida global y mo con la agresividad del

son: ductal, lobulillar, papi- ıbular, apocrino, adenoide ; frecuentes los ductales y

tu (CDIS)

iferación de células epitelia- itológicos e histológicos de ductolobulillar confinada a diagnóstico se hace con la mografía (es la forma más ificaciones agrupadas, irre- número de 5 a 7 por cm e nódulo palpable la ecoto- res beneficios. En cuanto a validado como útil para el a biopsia estereotáxica o formas de elección para el sando estereotaxia, se debe na biopsia radioquirúrgica, n de márgenes libres de do cosmético. El tratamien- s una mastectomía parcial, enso se realiza mastectomía. ión de disección axilar, sin n microinvasión, el ganglio

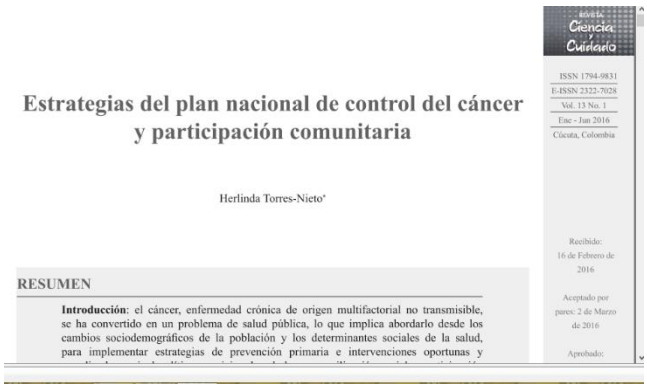
Existe consenso actual que la variedad de CLIS pleomórfico, denominado LIN III tendría comportamiento biológico similar al CDIS y por lo tanto, la recomendación de tratamiento es la cirugía y radioterapia adyuvante y eventual hormonoterapia posterior.

Cáncer ductal infiltrante (CDI)

El carcinoma ductal infiltrante (CDI) es la forma invasora más frecuente de cáncer de mama, constituyendo 80% de todos los casos y se caracteriza por ser una masa o tumoración con límites no bien delimitados. En la mamografía aparece como una masa con bordes mal definidos con trabéculas y tejido graso con áreas de necrosis y hemorragia que pueden aparecer como calcificaciones. En el examen físico, la tumoración tiene una consistencia más rígida o firme que las lesiones benignas. Bajo el microscopio, las células cancerosas invaden y reemplazan los tejidos circundantes normales.

El factor pronóstico más importante en la sobrevida por cáncer de mama es el compromiso de linfonodos axilares. La expectativa de vida de pacientes con CDI, también depende del subtipo histológico de cada caso. Los carcinomas mucinosos, papilares, cribiformes y tubulares tienen una sobrevida más extensa y las recurrencias son mucho menos frecuentes. En los casos de CDI indeterminados o no especificados, la sobrevida es intermedia. Finalmente, las formas menos frecuentes del cáncer de mama

12
http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/739/717



Estrategias del plan nacional de control del cáncer y participación comunitaria

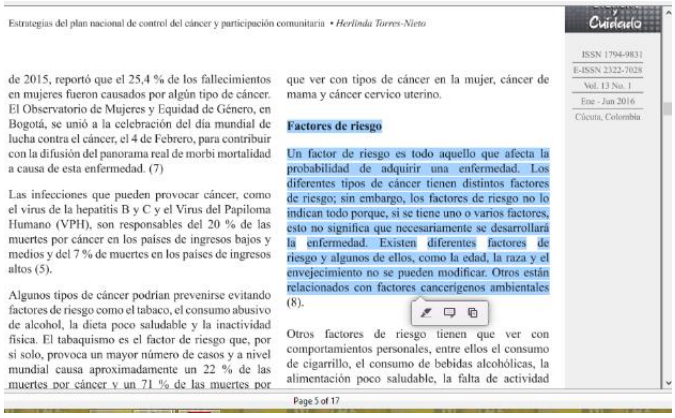
Herlinda Torres-Nieto*

RESUMEN

Introducción: el cáncer, enfermedad crónica de origen multifactorial no transmisible, se ha convertido en un problema de salud pública, lo que implica abordarlo desde los cambios sociodemográficos de la población y los determinantes sociales de la salud, para implementar estrategias de prevención primaria e intervenciones oportunas y

Revista Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Recibido: 16 de Febrero de 2016
Aceptado por pares: 2 de Marzo de 2016
Aprobado:



de 2015, reportó que el 25,4 % de los fallecimientos en mujeres fueron causados por algún tipo de cáncer. El Observatorio de Mujeres y Equidad de Género, en Bogotá, se unió a la celebración del día mundial de lucha contra el cáncer, el 4 de Febrero, para contribuir con la difusión del panorama real de morbi mortalidad a causa de esta enfermedad. (7)

Las infecciones que pueden provocar cáncer, como el virus de la hepatitis B y C y el Virus del Papiloma Humano (VPH), son responsables del 20 % de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios y del 7 % de muertes en los países de ingresos altos (5).

Algunos tipos de cáncer podrían prevenirse evitando factores de riesgo como el tabaco, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física. El tabaquismo es el factor de riesgo que, por sí solo, provoca un mayor número de casos y a nivel mundial causa aproximadamente un 22 % de las muertes por cáncer y un 71 % de las muertes por que ver con tipos de cáncer en la mujer, cáncer de mama y cáncer cervico uterino.

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de adquirir una enfermedad. Los diferentes tipos de cáncer tienen distintos factores de riesgo; sin embargo, los factores de riesgo no lo indican todo porque, si se tiene uno o varios factores, esto no significa que necesariamente se desarrollará la enfermedad. Existen diferentes factores de riesgo y algunos de ellos, como la edad, la raza y el envejecimiento no se pueden modificar. Otros están relacionados con factores cancerígenos ambientales (8).

Otros factores de riesgo tienen que ver con comportamientos personales, entre ellos el consumo de cigarrillo, el consumo de bebidas alcohólicas, la alimentación poco saludable, la falta de actividad

Revista Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

13
http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n5/v56n5a21.pdf

SciELO

artículos: sumario | anterior | próximo
búsqueda de artículos: autor | materia | búsqueda

Salud Pública de México
versión impresa ISSN 0036-3634

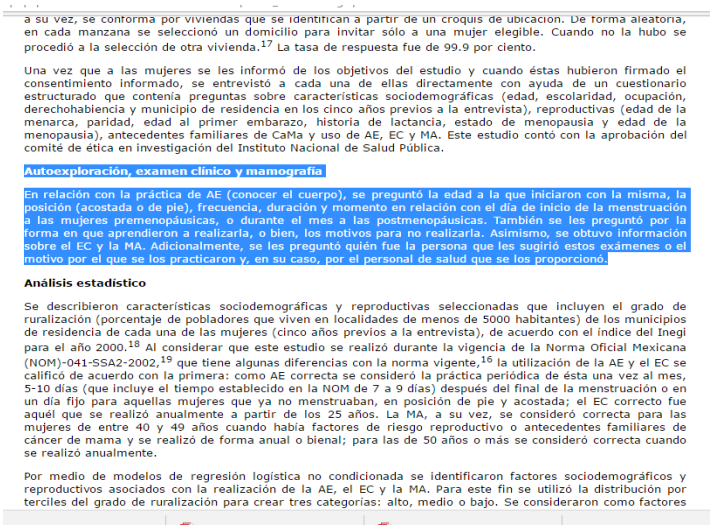
Salud pública Méx vol.56 no.5 Cuernavaca sep./oct. 2014

Artículo original

Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas

Correct utilization of breast cancer detection techniques in Mexican women

Lizbeth López-Carrillo, D en SP,[1] Luisa Torres-Sánchez, D en SP,[1] Julia Blanco-Muñoz, M en C,[1] Raúl U Hernández-Ramírez, M en C,[1] Felicia Marie Knaul, PhD.[2]



a su vez, se conforma por viviendas que se identifican a partir de un croquis de ubicación. De forma aleatoria, en cada manzana se seleccionó un domicilio para invitar sólo a una mujer elegible. Cuando no la hubo se procedió a la selección de otra vivienda.[17] La tasa de respuesta fue de 99.9 por ciento.

Una vez que a las mujeres se les informó de los objetivos del estudio y cuando éstas hubieron firmado el consentimiento informado, se entrevistó a cada una de ellas directamente con ayuda de un cuestionario estructurado que contenía preguntas sobre características sociodemográficas (edad, escolaridad, ocupación, derechohabiencia y municipio de residencia en los cinco años previos a la entrevista), reproductivas (edad de la menarca, paridad, edad al primer embarazo, historia de lactancia, estado de menopausia y edad de la menopausia), antecedentes familiares de CaMa y uso de AE, EC y MA. Este estudio contó con la aprobación del comité de ética en investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Autoexploración, examen clínico y mamografía

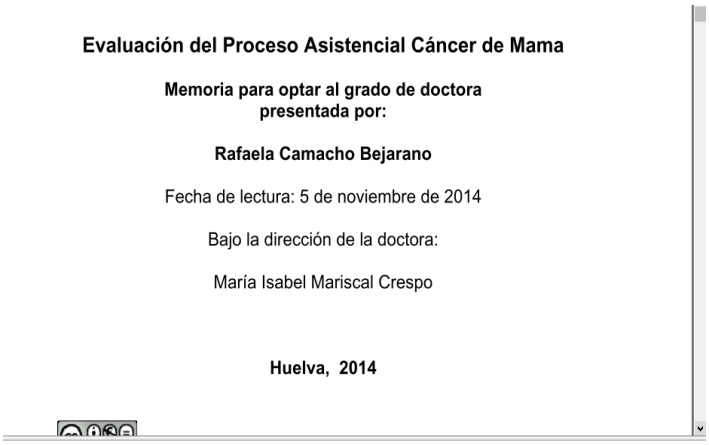
En relación con la práctica de AE (conocer el cuerpo), se preguntó la edad a la que iniciaron con la misma, la posición (acostada o de pie), frecuencia, duración y momento en relación con el día de inicio de la menstruación a las mujeres premenopáusicas, o durante el mes a las postmenopáusicas. También se les preguntó por la forma en que aprendieron a realizarla, o bien, los motivos para no realizarla. Asimismo, se obtuvo información sobre el EC y la MA. Adicionalmente, se les preguntó quién fue la persona que les sugirió estos exámenes o el motivo por el que se los practicaron y, en su caso, por el personal de salud que se los proporcionó.

Análisis estadístico

Se describieron características sociodemográficas y reproductivas seleccionadas que incluyen el grado de ruralización (porcentaje de pobladores que viven en localidades de menos de 5000 habitantes) de los municipios de residencia de cada una de las mujeres (cinco años previos a la entrevista), de acuerdo con el índice del Inegi para el año 2000.[18] Al considerar que este estudio se realizó durante la vigencia de la Norma Oficial Mexicana (NOM)-041-SSA2-2002,[19] que tiene algunas diferencias con la norma vigente,[16] la utilización de la AE y el EC se calificó de acuerdo con la primera: como AE correcta se consideró la práctica periódica de ésta una vez al mes, 5-10 días (que incluye el tiempo establecido en la NOM de 7 a 9 días) después del final de la menstruación o en un día fijo para aquellas mujeres que ya no menstruaban, en posición de pie y acostada; el EC correcto fue aquél que se realizó anualmente a partir de los 25 años. La MA, a su vez, se consideró correcta para las mujeres de entre 40 y 49 años cuando había factores de riesgo reproductivo o antecedentes familiares de cáncer de mama y se realizó de forma anual o bienal; para las de 50 años o más se consideró correcta cuando se realizó anualmente.

Por medio de modelos de regresión logística no condicionada se identificaron factores sociodemográficos y reproductivos asociados con la realización de la AE, el EC y la MA. Para este fin se utilizó la distribución por terciles del grado de ruralización para crear tres categorías: alto, medio o bajo. Se consideraron como factores

14
http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9958/Evaluacion_del_proceso_asistencial.pdf?sequence=4



Evaluación del Proceso Asistencial Cáncer de Mama

Memoria para optar al grado de doctora presentada por:

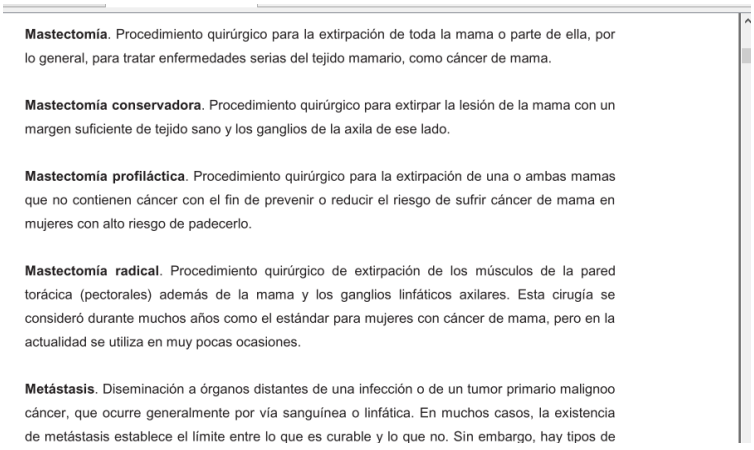
Rafaela Camacho Bejarano

Fecha de lectura: 5 de noviembre de 2014

Bajo la dirección de la doctora:

María Isabel Mariscal Crespo

Huelva, 2014



Mastectomía. Procedimiento quirúrgico para la extirpación de toda la mama o parte de ella, por lo general, para tratar enfermedades serias del tejido mamario, como cáncer de mama.

Mastectomía conservadora. Procedimiento quirúrgico para extirpar la lesión de la mama con un margen suficiente de tejido sano y los ganglios de la axila de ese lado.

Mastectomía profiláctica. Procedimiento quirúrgico para la extirpación de una o ambas mamas que no contienen cáncer con el fin de prevenir o reducir el riesgo de sufrir cáncer de mama en mujeres con alto riesgo de padecerlo.

Mastectomía radical. Procedimiento quirúrgico de extirpación de los músculos de la pared torácica (pectorales) además de la mama y los ganglios linfáticos axilares. Esta cirugía se consideró durante muchos años como el estándar para mujeres con cáncer de mama, pero en la actualidad se utiliza en muy pocas ocasiones.

Metástasis. Diseminación a órganos distantes de una infección o de un tumor primario malignoo cáncer, que ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática. En muchos casos, la existencia de metástasis establece el límite entre lo que es curable y lo que no. Sin embargo, hay tipos de

15
file:///C:/Users/USUARIO/Documents/9014-26318-1-SM.pdf

MHSalud
Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud
URL: http://www.revistas.una.ac.cr/mhsalud

DOI: http://dx.doi.org/10.15359/mhs.12-1.5
URL: http://www.una.ac.cr/salud
CORREO: revistamhsalud@una.cr

PERCEPCIÓN ACERCA DEL CÁNCER DE MAMA EN UN GRUPO DE MUJERES DE UN HOSPITAL EN POPAYÁN, COLOMBIA

BREAST CANCER PERCEPTION IN A GROUP OF WOMEN IN A HOSPITAL IN POPAYÁN, COLOMBIA

Nancy Janneth Molano-Tobar[1]
Patricia Eugenia Vélez Varela[2]
Universidad del Cauca, Colombia
najamoto@unicauca.edu.co

Resumen

El objetivo de este artículo fue identificar la percepción del cáncer de mama que tienen un grupo de mujeres en la Ciudad de Popayán, Colombia. Metodología. Se realizó un estudio con enfoque cualitativo, en el cual se aplicaron técnicas como la observación y la entrevista a profundidad con cuestionarios semiestructurados, grabaciones en audio y bitácoras. El trabajo de campo se realizó entre el I y II periodo de 2015, con 39 pacientes mujeres con edad promedio de 46,70 años, que tuvieron como diagnóstico cáncer de mama estadio II y que asisten al Hospital Universitario San José, de la Ciudad de Popayán, Colombia. Resultados. Se obtuvieron cuatro categorías: cáncer una enfermedad heredada; angustia y depresión por el futuro; insatisfacción corporal y sexual; y la familia un apoyo fundamental. Conclusiones. El cáncer de mama es una enfermedad de alto riesgo, tanto económico como social, desde la visión de salud pública. En el ámbito personal, genera en las mujeres sentimientos de angustia y depresión los cuales conllevan a duda por su futuro y temor a heredar la enfermedad. Una particularidad manifestada es la inseguridad e insatisfacción corporal que está afectando sus relaciones sociales y de pareja, propiciando en la mujer un deterioro en su autoestima, autoconfianza y vulnerabilidad emocional, lo que incide en la calidad de vida de la población. Por ello, es importante un equipo interdisciplinario que respalde las diferentes situaciones que afrenta la mujer y su familia.

Palabras claves: cáncer, mujer, salud, depresión, familia

Abstract

The objective of this paper was to identify the perception of breast cancer in a group of women in the city of Popayán, Colombia. Methodology. A qualitative study was conducted, applying techniques such as observation and in-depth interviews with semi-structured questionnaires, audio recordings and logs. Fieldwork was conducted between periods I and II of 2015. A total of 39 female patients participated with an average age of 46.70 years, who were diagnosed with stage II breast cancer and were being treated at Hospital Universitario San José, City of Popayan, Colombia. Results. Four categories were obtained: cancer as an inherited disease; anxiety and depression for the future; physical and sexual dissatisfaction; and family as essential support. Conclusions. From the public health perspective, breast cancer is a high-risk disease, both economically and socially. From an individual perspective, it generates feelings of anxiety and depression in women, leading to doubts about their future and fear to pass it to their children. A particularity that manifested was body insecurity and

Artículo protegido por Licencia Creative Commons Attibution-NonComercial-NoDerivs 3.0 Costa Rica
Para más información visite www.una.ac.cr/MHSalud

genéticos asociados a "genes de alta como de baja penetración" (Sanabria, Muñoz y Vargas, 2009, p. 62). Asimismo, diversos estudios plantean una fuerte asociación con la herencia, factores "de los cuales el 5% se puede asociar con mutaciones en genes de alta penetrancia como BRCA1 y BRCA2" (Pinto, Sánchez, Ibañez y Ramírez, 2006, p. 7). Por otra parte, "se ha documentado que la edad temprana a la menarquia, la nuliparidad o la edad tardia al primer embarazo, la falta de lactancia y la edad tardia de la menopausia" (Knaul et al., 2009, p. 138) pueden ser otras causas probables que, combinadas con hábitos y estilos de vida inadecuados, son coadyuvantes a la presencia del cáncer de mama.

Es indudable que cuando la mujer tiene un diagnóstico de cáncer, la percepción de su mundo se altera, afectando la estabilidad psicológica del individuo, encontrando que el cáncer no solo afecta la estructura física de la persona que lo padece, sino que también tiene repercusiones que "se expresan en todas las esferas de la vida: la familiar, la relación de pareja y la laboral y social" (García y González, 2007, p. 73). Estudios de Palacios, Gonzales y Zani (2015, p. 498) evidencian cómo el impacto del cáncer afecta "las esferas afectiva, emocional, cognitiva y comportamental en el paciente con cáncer y en su familia", con lo que se demuestra que no es solo una afección orgánica sino que abarca otras dimensiones. Sumado a ello, dicha autopercepción varía "dependiendo de la severidad del proceso de la enfermedad, del grado y tipo de incapacidad" (Baider, 2003, p. 507).

Debido a esto, es importante identificar el sentir de las mujeres con cáncer de mama acerca de su enfermedad y así brindar pautas para un tratamiento más incluyente, ya que "para la mujer, la aparición de un tumor maligno en los órganos sexuales constituye un impacto psicológico capaz de desestructurar el equilibrio anímico y afectivo" (Bejarano, Fuchs, Fernández y Amancio, 2009, p. 183), pues "en el caso de la mujer, las mamas han constituido generalmente una parte importante de la belleza corporal, un símbolo de la sexualidad y, de hecho, una zona erógena importante, así como una representación de la maternidad" (García y González, 2007, p.75). Por lo tanto, esta situación genera "sentimientos de ansiedad, tristeza, pérdida y miedo, así como dudas y cuestionamientos, debido al estigma de enfermedad terminal que ocasiona sufrimiento y muerte" (Mesquita, Magalhães, De Almeida, Carvalho y Mota, 2007, p. 2). Adicionalmente, en la mujer se desencadenan una serie de preguntas y manifestaciones psicológicas asociadas consigo misma, con su familia y con las expectativas al futuro.

Ante lo expuesto, se resalta la utilidad de conocer la percepción que las mujeres tienen sobre el cáncer de mama, para posteriormente plantear tratamientos desde una mirada holística. En este sentido, el presente trabajo es resultado de un proceso investigativo derivado del proyecto de Candidatura del Doctorado en Ciencias Biomédicas de la Universidad del Valle, Colombia, denominado "Factores Epigenéticos relacionados con la calidad de vida en mujeres del Sur-Occidente Colombiano". Con este artículo se busca identificar la percepción del cáncer de mama que tienen las mujeres en la Ciudad de Popayán-Cauca, Colombia.

Artículo protegido por Licencia Creative Commons Attibution-NonComercial-NoDerivs 3.0 Costa Rica
Para más información visite www.una.ac.cr/MHSalud

16
https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5591/QuevedoMartinezV.pdf?sequence=1

FASE PREOPERATORIA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	**00153 RIEGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL**
FACTORES DE RIESGO	Enfermedad física, trastorno de la imagen corporal, rechazos, expectativas irreales sobre uno mismo, reducción del control sobre el entorno.

NOC	**NIC**
1205 Autoestima **Indicadores:** • 120501 Verbalizaciones de autoaceptación.. • 120502 Aceptación de las propias limitaciones. • 120507 Comunicación abierta. • 120505 Descripción del yo. • 120519 Sentimientos sobre su propia persona. Escala k: 1. Nunca, 2. Raramente, 3. En	**5400 Potenciación de la autoestima** **Actividades:** • Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. • Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda. • Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo. • Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.