

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
ESCUELA DE POSTGRADO



PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LA INFORMACIÓN  
MÉDICA RECIBIDA CON EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA.  
HOSPITAL FAP. LIMA, PERÚ

Autor: Josefa Amigó Ferrater

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN BIOÉTICA Y  
BIOJURÍDICA

Chiclayo, Perú  
2015

PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA RECIBIDA  
ACERCA DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA. HOSPITAL FAP. LIMA,  
PERÚ

POR

Josefa Amigó Ferrater

Presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio  
de Mogrovejo, para optar el grado académico de **MAGÍSTER EN BIOÉTICA Y  
BIOSURIDICA**

APROBADO POR

---

Dra. Patricia Campos Olazabal  
Presidenta de Jurado

---

Mgtr. Soledad Guerrero Quiroz  
Secretaria de Jurado

---

Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos  
Vocal/Asesora de Jurado

Chiclayo, 2015

*A mi familia por la educación recibida, a mis profesores por sus enseñanzas y exigencias y a mis pacientes, por permitirme y facilitarme penetrar a su mundo de experiencias y sacar adelante la presente tesis.*

## AGRADECIMIENTOS

*La autora expresa su gratitud a las pacientes que han permitido el acercamiento a la realidad de la que son protagonistas en lo que se practica en nuestra institución cuando se les diagnostica cáncer de mama. Un especial reconocimiento a la Dra. Mirtha Cervera, mi asesora, ya que sin su valiosa ayuda y ánimo durante toda la investigación ha hecho posible la realidad de esta tesis por lo que tengo la ilusión y la esperanza de contar pronto con una Unidad de Patología Mamaria en mi Hospital Central FAP, para tratar de optimizar el diagnóstico temprano, seguido de un tratamiento personalizado para conseguir también una mejor calidad de vida en los años de su enfermedad.*

## ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
<b>I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL:</b>	
1.1 Antecedentes del problema	13
1.2 Base teórico-conceptual	15
<b>II. MARCO METODOLÓGICO:</b>	
2.1 Tipo de investigación	24
2.2 Abordaje metodológico	24
2.3 Sujetos de investigación	25
2.4 Escenario	25
2.5 Instrumentos de recolección de datos	26
2.6 Procedimiento	26
2.7 Análisis de datos	27
2.8 Criterios éticos	28
2.9 Criterios de rigor científico	29
<b>III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	30
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	58
<b>RECOMENDACIONES</b>	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

Toda información médica está centrada en la persona portadora de una enfermedad, la cual constituye uno de los aspectos más importantes dentro de las múltiples interacciones que supone la relación médico-paciente y en el caso de enfermedades como el cáncer, esta relación viene determinada por lo que el paciente sabe acerca de su enfermedad, acepte la información recibida los tratamientos a los que será sometido. Por ello, la investigación cualitativa, descriptiva e interpretativa. “Percepción de las mujeres sobre la información médica recibida acerca del diagnóstico de cáncer de mama. Hospital FAP. Lima. Perú, tuvo como objetivos: Caracterizar y analizar cómo es la percepción que tienen las mujeres acerca de la información médica recibida sobre el diagnóstico de cáncer de mama. Hospital FAP. 2013. Participaron ocho mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, lograda por saturación y previo consentimiento informado. El escenario, fueron los hogares de las participantes a quienes se aplicó una entrevista semiestructurada. Los datos obtenidos se procesaron por análisis de contenido temático ancorados en principios éticos y de rigor científico. Emergiendo tres categorías: Recepción de la información sobre el diagnóstico de cáncer de mama con las subcategorías: Información directa, sincera y escueta sobre presencia de tumor maligno, necesidad de ser escuchadas para resolver preguntas e inquietudes e información sobre posibilidades de curación. Preocupación, temor y miedo a una muerte cercana. Aceptación de la intervención quirúrgica y tratamientos para seguir viviendo y mejorar la calidad de vida con las subcategorías: Tratamientos quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia; reclamo de apoyo psicológico y fisioterapia.

***Palabras clave:*** percepción, información, cáncer de mama.

## ABSTRACT

All medical information is centered on the person carrying a disease, which is one of the most important within the multiple interactions involved in the doctor-patient relationship and in the case of diseases such as cancer, this relationship comes aspects determined by the patient knows about their disease, accept the information received the treatments that will be submitted. Therefore, qualitative, descriptive and interpretive research. "Perception of women on the medical information received about the diagnosis of breast cancer. Hospital FAP. Lima. Peru, had the following objectives: To characterize and analyze how is the perception that women have about medical information received on the diagnosis of breast cancer. Hospital FAP. 2013. Participants were eight women diagnosed with breast cancer, achieved saturation and prior informed consent. The stage, were the homes of participants who applied a semistructured interview. The data was processed by Ancorados thematic content analysis on ethical principles and scientific rigor. Emerging three categories: Receiving the information about the diagnosis of breast cancer with subcategories: direct, honest and concise information on the presence of malignant tumor, need to be listened to questions and concerns and resolve about chances of cure. Worry, fear and fear of approaching death. Acceptance of surgery and treatments to keep living and improve the quality of life with subcategories: surgical treatments, chemotherapy and radiotherapy; complaint counseling and physiotherapy.

***Keywords:*** perception, information, breast cancer.

## INTRODUCCIÓN

La información médica que reciben muchas mujeres afectadas por cáncer de mama a veces no está a la altura de la angustia que esta enfermedad genera **(1)**. Según las afirmaciones de Ponce **(2)**, no se educa a la población sobre cuestiones tan elementales y prácticas como es el auto examen y lo que significa una mamografía.

En un estudio realizado en 9.706 mujeres de 15 países europeos, realizado por Europa Donna **(3)**, consideraron que las mujeres más jóvenes, no se conforman con lo que el sistema sanitario actual les ofrece. Lejos de esconder su enfermedad y de resignarse con el papel pasivo que suelen asignarles los médicos, reclaman un protagonismo que se traduzca en una mayor y mejor información y en una participación mucho más activa en el planteamiento de la mejor opción terapéutica. Así mismo, el estudio reporta que en Francia e Italia la mortalidad a los 5 años por cáncer de mama se sitúa alrededor del 28%, mientras que en Alemania es del 32%, en Dinamarca del 31% y en el Reino Unido del 37%. En España es del 36%.

El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, y está aumentando en los países desarrollados donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas, un estudio realizado por la Universidad Javeriana nos presenta los resultados siguientes: En los países en desarrollo la mayoría de las pacientes llegan en estadios II o III, siendo en Estados Unidos donde la mamografía de tamización ha hecho que hoy en día 42% se detecten en estadio I, sin embargo uno de los factores de incidencia estaría en relación a la edad. **(4)**

Las razones que explican estas enormes diferencias, guardan relación con las respuestas obtenidas por la macro encuesta europea. "El acceso a la información", afirma, "es básico, pero muchas mujeres la reciben de forma indirecta". Según la encuesta, el conocimiento del cáncer entre las mujeres antes del diagnóstico es "muy pobre", y su principal fuente de información, una vez diagnosticado, es "el boca a boca". En un 55%, las mujeres responden que

han aprendido "algo sobre el cáncer de mama" a través de los medios de comunicación.

Igualmente en España , el estudio de actitudes ante la información del cáncer realizado por el Observatorio del Cáncer AECC y el Instituto de Salud Carlos III **(5)**, del total de personas que declararon haber recibido información recientemente, y que representan un 38,8% de los encuestados, tres de cada diez tienen una actitud negativa ante la misma. Este desigual comportamiento frente a la información está relacionado con características demográficas, socioeconómicas y de salud de la población, pero también responde a las percepciones y conocimientos que las personas tienen sobre el cáncer. Una actitud negativa ante la información se observa especialmente entre las personas más jóvenes y las de edades más avanzadas, así como entre quienes se encuentran en situaciones más desfavorables en cuanto a nivel socioeconómico y de salud.

Por su parte Bascuñana **(6)** argumenta que hay un desconocimiento general de la existencia de tratamiento fisioterápico post mastectomía ya que existe poca demanda de profesionales especializados en apoyo a los servicios de atención en mujeres con cáncer de mama. A pesar de estas afirmaciones, se conoce que la detección precoz del cáncer de mama se presenta como uno de los desafíos diagnósticos más importantes en la actualidad, con la ayuda del ultrasonido y de la resonancia magnética. Al respecto el Cáncer de Mama no es una realidad menor en Chile, pues ocupa el segundo lugar en las causas de mortalidad por Cáncer en la mujer, entonces, es una obligación ética y moral de cada uno de los profesionales de la salud actuar en forma global, coordinada, eficiente y eficazmente en la búsqueda de un mayor bienestar para quienes presentan este problema de salud. **(7)**

En Perú, según informes del Centro de Investigaciones del INEN **(8)**, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia en Lima Metropolitana. En los otros departamentos, el cáncer de mama ha aumentado, alcanzando la misma incidencia que el cáncer de cuello uterino, que ha sido siempre el más frecuente. Al respecto Huerta **(9)**, argumenta que "El cáncer de mama en el

Perú tiene dos caras, porque hay mujeres que padecen este terrible mal y pueden acceder a un tratamiento; sin embargo también existe un grupo muy grande que no tiene los medios y mucho menos cuenta con un seguro para combatir esta enfermedad”, en este grupo se puede considerar que tampoco recibió la información necesaria para sobrellevar la enfermedad.

La realidad del cáncer de mama también está presente en el Hospital FAP, el cual realizó en el año 2007 la primera campaña de diagnóstico precoz con screening de mamografía a la población femenina a partir de los 40 años donde se diagnosticó 50 nuevos casos entre 1,200 mujeres examinadas, lo que condujo a las autoridades a requerir que se implementen campañas de diagnóstico precoz cada dos años. Así en el año 2012 se llevó a cabo otra campaña de screening, después de 6 años, observándose aumento en el número de pacientes, con estadios I y II, disminuyendo los cánceres avanzados.

Cabe mencionar entonces que frente al diagnóstico precoz de cáncer de mama, no sólo es importante tener cifras estadísticas sino también hasta qué punto las mujeres afectadas de cáncer de mama se sienten satisfechas con la información recibida sobre su diagnóstico. Al respecto Farro detalla que la gravedad de la enfermedad hace que la persona se muestre muy sensible con respecto a la información y la diligencia que percibe en la gestión de la sospecha por parte de los servicios de salud. Por ello es en la relación médico paciente donde se le permite a la mujer expresarse con libertad, en la que se transmite suficiente información y en la que se siente suficientemente cómoda como para preguntar al médico todas sus dudas o temores, incluso interrumpiéndolo cuando explica algo que no entienden, se asocian a un nivel de satisfacción y cumplimiento de prescripciones más alto.

La investigadora en los años de trabajo que tiene en el hospital FAP, atendió a muchas mujeres con diagnóstico de cáncer y siempre le inquietó si las usuarias que acudían a la consulta habían recibido la información correspondiente, siempre preguntaban sobre su tratamiento; duración, y si los medicamentos que les iban a aplicar podrían producirles efectos

desagradables, y cuando por algún motivo se les realizaba una entrevista y ante la pregunta sobre el autoexamen de mama lo desconocían y en general el tema del cáncer de mama fue abordado de forma indirecta. Además, las cifras en aumento anual en la incidencia de cánceres en la población femenina FAP, y estadio de diagnóstico de la enfermedad, así como edad de la misma, que no cabe duda requiere implementar una Unidad de Patología de Mama, interdisciplinaria: oncólogo clínico, cirujano oncólogo, radiólogo, patólogo sub-especialistas, enlazada en mejorar la información que se da a la paciente respecto a su diagnóstico, brindándole las distintas opciones de apoyo. Por tanto considere oportuno ante esta realidad descrita formular la pregunta de investigación: ¿Cómo es la percepción de las mujeres sobre la información médica recibida sobre el diagnóstico de cáncer de mama? Hospital FAP. 2014. I cómo objeto de investigación la percepción de las mujeres sobre la información médica recibida sobre el diagnóstico de cáncer de mama. Para lo cual se prescribieron los objetivos.

- Caracterizar como es la percepción que tienen las mujeres acerca de la información médica recibida sobre el diagnóstico de cáncer de mama. Hospital FAP. 2013.
- Analizar la percepción que tienen las mujeres acerca de la información médica recibida sobre el cáncer de mama. Hospital FAP. 2013

La relevancia del estudio radica en que no se encontraron antecedentes del tema a nivel local. Investigar sobre las percepciones de la información médica en cáncer de mama permitió identificar vacíos existentes en esta actividad. El código deontológico médico exige el ejercicio de la medicina basado en un permanente respeto a los derechos fundamentales de los pacientes, entre ellos, el derecho a la información y al consentimiento informado sin discriminación en razón de sexo, edad, enfermedad o discapacidad, raza, origen étnico, nacionalidad, credo, filiación política, o condición socioeconómica, entre otros. La identificación de omisiones conllevaron a proponer un protocolo sobre la manera correcta de dar información, cómo un avance de mejora para la medicina en general

También, el estudio proporcionó estrategias para mejorar la información precisa que se debe dar a las mujeres con cáncer de mama y la forma como se aplican los principios bioéticos en el diagnóstico precoz de esta enfermedad, en futuras campañas a efectuar, y poder evitar diagnósticos avanzados de la enfermedad. Asimismo facilitará a corto y mediano plazo educar a la población femenina, difundiendo información sobre la necesidad de la práctica del autoexamen mensual de las mamas, por los médicos de atención primaria, ginecólogos, mastólogos y cirujanos. De esta manera es posible vaticinar una calidad asistencial de excelencia estimulando el estudio y la investigación sobre el cáncer de mama. Igualmente, la promoción de la importancia de la prevención primaria en el diagnóstico precoz y en el papel de las unidades de consejo genético donde se puede ayudar a los familiares susceptibles de padecer esta enfermedad, por ser “de alto riesgo”. Con apoyo y utilización de los medios de comunicación para que, teniendo un conocimiento más objetivo y real, disminuya el nivel de “psicosis” que la mayor parte de mujeres manifiesta.

## CAPITULO I

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 1.1 Antecedentes del problema

La investigación cualitativa de Ferro, Tércila y Prades, Joan (10): “Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia”. Fecma. Barcelona (2013). La metodología fue descriptiva, explicativa fundamentada en la técnica conversacional de grupo focal. Objetivos principales: identificar las necesidades de información en el proceso asistencial del cáncer de mama e identificar las necesidades de atención en la supervivencia. El muestreo fue intencionado y razonado con la participación de 37 mujeres. Entre las consideraciones finales argumentaron que muchos de los procesos de información a la paciente presentan deficiencias en cantidad y calidad de información, así como en la anticipación e integración de esta. El carácter de ventanilla que aún tienen muchos servicios hospitalarios y la atención primaria es discordante frente a procesos intensos de recursos humanos, conocimiento, elevado impacto en salud y duración, estas carencias dificultan a la persona elaborar un discurso coherente sobre la enfermedad y ajustado a sus preferencias y necesidades.

El estudio de García y Domínguez sobre “El problema de la comunicación del diagnóstico en medicina” (2007), (11) emergió por la necesidad de que los enfermos reciban una información clara sobre su patología y cómo el paciente incorpora subjetivamente el diagnóstico; lo cual no es un proceso nada fácil, sobre todo porque conlleva asumir algo que no es de su agrado y que puede cambiar su vida. Para ello, tomaron una muestra de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, que acudieron al Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Sevilla. Con ellas realizaron un estudio cualitativo consistente en una serie de entrevistas programadas en las que se recogen fielmente las distintas expresiones verbales sobre la

enfermedad. De esta manera, conocieron la experiencia particular sobre esta última y en concreto cómo se produjo la asimilación progresiva del diagnóstico. Como resultado, consideraron necesario separar tres tipos de diagnóstico: “médico”, “comunicado” y “asimilado” y dos tipos de actuaciones bien definidas: una que pertenece al médico (la “traducción”) y otra a la paciente (la “captación”). Finalmente, se comprueba cómo las mujeres estudiadas despliegan medios de contención de las tensiones emocionales derivadas del conocimiento del diagnóstico, pero estos mismos impiden la subjetivación

Blanco Sánchez, Rafaela **(12)** con la investigación cualitativa fenomenológica: Información recibida por las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Realizada en los servicios específicos del Hospital Vall d’Hebron y en ginecología del Centro de Atención Primaria de Salud La Mina de Barcelona, 2004-2006. Participaron 29 mujeres con edades de 20 y 69 años, a quienes se les aplicó entrevista semiestructurada a profundidad. Una de las conclusiones del estudio explican que las mujeres tienen miedo a recidivas; este aumenta cuando no confían en la información que reciben del equipo que las está tratando, las mujeres con grado de instrucción superior desean recibir la información sin paternalismos.

El estudio de Barreto de Castro T., Lavinas M., de Almeida A. M., Carvalho A.F.**(13)**: “Percepción de los cónyuges de mujeres mastectomizadas en relación a la convivencia post-quirúrgica” Esta investigación tuvo como objetivo comprender la percepción de los cónyuges de mujeres mastectomizadas respecto de la convivencia posquirúrgica. El estudio fue de carácter cualitativo, realizado en 2006, en los hogares de cinco hombres que convivían maritalmente con mujeres mastectomizadas en Fortaleza, Ceará, Brasil. Se utilizó el sistema de entrevista semiestructurada, los resultados fueron agrupados en tres categorías de análisis. Identificamos un nivel de falta de información respecto de la enfermedad, cierto grado de tranquilidad atribuible a la fe en Dios y la fuerte seguridad de que cáncer y muerte son sinónimos. Corresponde entonces a los profesionales de enfermería y otros

profesionales de la salud favorecer los conocimientos respecto del cáncer de mama y abrir un panel de integración esposo/ esposa, apuntando como prioridad a una convivencia saludable

## 1.2 Marco teórico

Abarcó los conocimientos, que permitió a la investigadora orientar la búsqueda y ofrecer una conceptualización adecuada de los términos, basado en autores, entre ellos:

La percepción, sobre ella muchos autores la definen pero la investigadora considera la definición propuesta por Márquez (14), quien conceptualiza la percepción por la acción y efecto de percibir, es la idea o noción, impresión que se tiene de una persona o situación. Las percepciones son el resultado de la interpretación de las cosas, las personas, etc.

Del concepto se deduce que la percepción es un proceso por medio del cual las personas organizan e interpretan sus impresiones sensoriales para dar un significado a su entorno relacionado con un objeto, una acción, un profesional. Sin embargo, lo que se percibe puede diferir sustancialmente de la realidad objetiva, es decir varias personas ven lo mismo y sin embargo, lo aprecian de manera diferente, hay una serie de factores que ayudan a dar forma o a distorsionar la percepción. Estos factores pueden estar en el perceptor, su historia, su interpretación, su expectativa, el objetivo a percibir, el contexto y las circunstancias.

Así, cuando alguien se acerca, la reacción dependerá del reconocimiento de sus emociones, es decir, de su estado de ánimo. Este diagnóstico se realiza a partir de la observación del rostro y de otras señales no verbales, entonces se forma la impresión sobre una persona; una imagen relativamente coherente a partir de la información recogida en los primeros instantes, vestimenta, aspecto físico, etc. y se realiza atribuciones causales, buscando causas para explicar su conducta como les sucede a las mujeres con cáncer de mama, quienes al percibir las actuaciones de los profesionales

médicos elaboran juicios sobre su actuar y su comportamiento cuando les atienden.

La percepción como un proceso epistemológico de la conciencia consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en función a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.(14)

Desde la antropología se define la percepción, como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos.(15)

A través de la experiencia diaria la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad. Por ello, la percepción ofrece la materia prima sobre la cual se conforman las evidencias, de acuerdo con las estructuras significantes que se expresan como formulaciones culturales que aluden de modo general a una característica o a un conjunto de características que implícitamente demarcan la inclusión de determinado tipo de cualidades y con ellas se identifican los componentes cualitativos de los sujetos. (16)

Sobre las percepciones en el ámbito laboral o la asistencia sanitaria, cuando se interactúa con otros, es importante establecer una eficaz comunicación, y para ello hay que pensar en los tonos, los actos y las palabras que se utilizan. Las palabras en muchos casos, pulsando los sentimientos de las personas, pueden instigar percepciones favorables o desfavorables, cuando se emite mensajes positivos y motivadores se va a tener respuestas de la misma índole, y muchas personas pueden entusiasmarse con la propuesta, ahora, si las frases o actos son hirientes, denigrantes, discriminadoras y potencialmente descalificadoras, permiten que las personas se pongan a la defensiva, creando

una resistencia en la colaboración y esto siempre socava la realización de un trabajo en equipo eficiente.(17)

Cuando una mujer afectada de cáncer de mama asiste a la consulta médica observa, distingue, mira, escucha y observa el desarrollo de las actividades que se realizan con ella, aprecia todas las acciones buenas, pero también su estima cambia si valora aspectos negativos, cuando siente indiferencia por su persona, se da cuenta que las señales visuales que se emiten, se expresan a través de un gesto, modales, etc., todas ellas le producen una impresión de cómo es atendida y del mensaje que se emite.(18) especialmente cuando solicita información y lo que recibe no es de su agrado.

Igual parecer tuvo la percepción de las mujeres sobre cómo fueron informadas cuando se le diagnosticó cáncer de mama, sus apreciaciones son importantes porque permitió evaluar si comprendió la información, si estuvo completa, si le ayudó a sobrellevar la enfermedad, etc.

En este sentido, el debate sobre el ejercicio del derecho de los pacientes a recibir información sobre el propio estado de salud y el tratamiento a seguir, se inició a mediados del siglo XX en los Estados Unidos, donde está plenamente consolidado y constituye para el resto de países un ejemplo a seguir. Dicho debate es el resultado de múltiples factores: el aumento de enfermedades crónicas y el progresivo envejecimiento de la población, el interés de los médicos por compartir la responsabilidad de las decisiones tomadas, así como el incipiente movimiento ciudadano que reclamaba una información de calidad en temas de salud. El trasfondo de todo ello, es claramente económico: un paciente informado es un colaborador activo en su proceso de recuperación porque es más responsable con su enfermedad y tratamiento, lo que permite reducir los costes sanitarios de la Administración y de las compañías aseguradoras (19)

Por ello, toda información médica tiene que centrarse en la persona portadora de una enfermedad. La información que un médico debe ofrecer al paciente constituye uno de los aspectos más importantes dentro de las múltiples interacciones que supone la relación médico-paciente y en el caso de

enfermedades de curso fatal, esta relación va a estar grandemente determinada por lo que el paciente sabe acerca de su enfermedad. Una buena relación médico-paciente, basada en la confianza, ayuda a que el paciente acepte la información sobre su enfermedad y a los tratamientos a los que será sometido. **(20)**

La toma de conciencia de que la información aumenta la calidad de vida y la evolución constante de la medicina, ha llevado a pacientes y familiares a exigir una más completa información sobre su estado de salud con el objetivo de no ver comprometida su dignidad y compartir, si procede, el proceso de toma de decisiones en asuntos que les afectan de forma directa. Para Hernández "El usuario espera una información asequible y veraz que le permita afrontar su proceso con dignidad, la eliminación o paliación del dolor y el sufrimiento evitables, la sensación de que cada actuación, cada prueba, cada intervención, son justificables en función de sus propias necesidades y no de cualquier otro factor, ... la garantía de que recibe asistencia en condiciones de equidad y, de manera muy especial, que se respete su derecho a adoptar decisiones acerca de su propia vida, su propio dolor, su propia enfermedad. El paciente quiere, necesita y espera que se le trate como a un enfermo y no como a una enfermedad" **(21)**

Privar a una persona del conocimiento sobre los procesos de enfermedad y la muerte es violatorio de sus derechos; si se engaña al paciente para evitar que se deprima, pronto la esperanza inicial será reemplazada por la desesperanza producto del engaño, el cual conduce casi siempre a un estado de pérdida de la confianza en su médico de asistencia.**(22)**

Por otro lado, la información suministrada por el médico, presenta una enorme variación entre los distintos factores culturales, aunque existe una tendencia progresiva al incremento de la información, motivada en parte por los cambios en la actitud de los médicos pero sobre todo por aspectos legales y técnicos.

Al respecto en 1994, la Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa (WHO/Europea <<http://www.euro.who.int/>>) promulga

una Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa. Esta declaración busca reafirmar los derechos humanos fundamentales en la atención sanitaria y promover el respeto del paciente como persona; quiere también reforzar la relación entre el paciente y el profesional de la salud, alentar la participación activa del enfermo en su proceso de curación y humanizar la asistencia que recibe. Sobre ello en el artículo 2 se afirma: "2.2 Los pacientes tienen derecho a ser informados en detalle sobre su estado de salud, incluyendo los datos médicos sobre su estado; sobre los procedimientos médicos propuestos, junto a los riesgos potenciales y beneficios de cada procedimiento; sobre alternativas a los procedimientos propuestos, incluyendo el efecto de no aplicar un tratamiento; y sobre el diagnóstico, pronóstico y progreso del tratamiento... 2.4 La información debe ser comunicada al paciente de forma adecuada a su capacidad de comprensión, minimizando el uso de terminología técnica poco familiar..." **(23)**

En 1997, el Consejo de Europa aprueba la Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Su objetivo es conseguir la armonización de las leyes de los países miembros que deberán recoger en su cuerpo legislativo los principios expresados, tales como el respeto a la dignidad del ser humano y a los derechos y libertades fundamentales de la persona, incluyéndose entre ellos el derecho a la información de los pacientes: "Artículo 5. Una intervención en el campo de la salud sólo podrá llevarse a cabo después de que el interesado haya dado su consentimiento libre e informado a la misma. Esta persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus consecuencias y riesgos. La persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento en cualquier momento." **(24)**

Posteriormente, en el año 2000, la Unión Europea, en su Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, incide en el consentimiento

libre e informado del enfermo, según las modalidades establecidas por la ley de cada país.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa (WHO/Europe), en la Ottawa Cárter for Health Promotion de 2000 incorpora simultáneamente los conceptos de información a los pacientes y la educación para la salud: “La promoción de la salud apoya el desarrollo personal y social a través del suministro de información, la educación para la salud y la mejora de habilidades para la vida. De este modo, aumenta las opciones disponibles para las personas de ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre sus entornos, y para tomar decisiones conducentes a salud **(24)**

También en la Ottawa Charter se considera que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino también la adquisición de hábitos saludables tendentes a facilitar el desarrollo de una vida plena. Ahora bien, la adquisición de dichos hábitos requiere formación e información. En este contexto, UNESCO e IFLA reivindican el papel de la biblioteca y sus profesionales en el proceso de formar e informar, a los ciudadanos en general y a los pacientes y sus familias en particular, mediante la documentación adecuada.**(24)**

En el Perú, su constitución Política de 1993, **(25)** artículo 4º aborda el requerimiento de información y recibirla de cualquier entidad pública, en el plazo legal. La ley general de salud 26842, **(26)** estipula que los usuarios deben recibir información clara, oportuna y veraz. Y en el código de Ética y deontología de los médicos del Perú, **(27)** capítulo 2, art. 63º, del respeto de los derechos del paciente, estipula que el médico debe respetar y buscar los medios más apropiados para asegurar el respeto de los derechos del paciente, o su restablecimiento en caso que éstos hayan sido vulnerados, entre ellos, el paciente tiene derecho a: Obtener toda la información que sea veraz, oportuna, comprensible, acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico

Por tanto la información es un derecho, universal, natural, inviolable e inalienable, por cuanto su razón de ser radica en la naturaleza social del hombre; en la investigación a las mujeres con diagnóstico de cáncer, el que

debe ser personal, porque incide en aspectos que conciernen a su estado de salud o pueden cursar con una enfermedad terminal

Se conoce que el cáncer es una enfermedad que afecta la glándula mamaria y que, como todos los cánceres se produce cuando proliferan excesivamente las células de manera incontrolada, creando así una masa de tejido llamada tumor, potencialmente invasor. Es del que más casos hay en las mujeres, casi el 30% de todos los tumores femeninos. Entre un 5 y un 10% pueden considerarse hereditarios. **(28)**

Para Robbins y Cotran **(29)**, el carcinoma de mama es la neoplasia maligna no cutánea más común en las mujeres. La mujer que vive hasta los 90 años tiene una probabilidad de 1:8 de desarrollar un cáncer de mama, se estima que durante 2007, en EE.UU, fueron diagnosticadas 178 48 mujeres de cáncer de mama invasivo, 62. 030 de carcinoma in situ y más de 40 000 fallecieron por enfermedad.

Entre los factores de riesgo el más importante es el sexo; edad; la incidencia aumenta a lo largo de la vida de la mujer hasta alcanzar un pico a los 75-80 años y disminuir ligeramente a partir de entonces. Edad de la menarquia; es otro factor, las mujeres que experimentan la menarquia antes de los 11 años tiene un aumento del riesgo del 20 % en comparación con las que llegan a la menarquia después de los 14 años. Otros factores de riesgo son: Edad en el momento del primer parto tras un embarazo a término; tener familiares en primer grado con cáncer de mama; hiperplasia atípica, raza/etnia; exposición a los estrógenos, densidad mamaria, carcinoma de la mama contralateral o del endometrio; influencia geográfica; dieta; obesidad; ejercicio; lactancia; toxinas medioambientales; tabaco; entre otros.

Algunos de los aspectos del cáncer de mama se verá reflejado en los resultados de la presente investigación, pues La preocupación por una nueva imagen es abordada por, Cabaleiro **(30)** describiendo la preocupación de la mujer mastectomizada por una nueva imagen física, deseando mejorarla y realzarla mediante el arreglo, el vestido, tratando de ocultar los defectos que posee (pp. 6-22).

La experiencia demuestra que la mujer mastectomizada, en mayor o menor grado, presentará una alteración en su vida psíquica, ya que ésta se encuentra conectada a su cuerpo. También se consideran otras alteraciones físicas que la afectan, como la “caída del cabello”, secuela de la quimioterapia y la pérdida de cejas y pestañas, generando en ella el pensamiento de que su rostro pierde la definición. **(31)**

Para las pacientes, tiene mucha importancia todo lo relacionado a la “imagen corporal” y a la “feminidad”, pues se preocupan por su apariencia, ya que la extirpación asienta en un órgano valioso en sentido estético y erógeno. La mama se convierte en un signo y cobra importancia distinta en cada mujer, según el sentido que se le dé al órgano extirpado, y de lo significativo que haya sido en su vida, en su autoestima y su sexualidad, reflejándose en la trascendencia y expresividad de los cuadros clínicos recogidos a través de las entrevistas, ya que la personalidad de la mujer es fundamental en todo este entramado **(31)**.

Otro aspecto a tener en cuenta es la relación con su pareja, por el temor de ser rechazadas se muestran inseguras, necesitando por consiguiente un mayor apoyo, que les brinde seguridad e integradas en el terreno amoroso. En la mayor parte de casos, las parejas suelen ser prudentes y siguen entregadas a pesar del cambio, declarando no importarles la huella que la cirugía ha dejado en sus mujeres, siendo la recomendación del médico que mantengan relaciones sexuales lo antes posible al intuir la dimensión del problema. Evidentemente que en todo este proceso la calidad de relación previa influye de manera decisiva, es decir la comunicación existente anteriormente en la pareja. **(32)**

Una característica de la feminidad es estar pendientes del cuerpo en cuanto a su cuidado y arreglo, llegando en algunos casos a sentir que pierden su propia identidad como efecto secundario de la intervención y tratamientos, llegando a sentir que pierden su atractivo como mujeres, sin embargo el avance de la medicina moderna ha desarrollado formas de reconstruir el seno para que no se muestre su ausencia.

Actualmente son muchas las pacientes en las que no es necesario recurrir a una cirugía tan radical debido al diagnóstico en estadios más tempranos de la enfermedad, así como a tratamientos más personalizados de la quimioterapia, son casos en los que se practica una tumorectomía o una cuadrantectomía, tratando de reservar en lo posible la mayor parte del órgano, de esta manera se evitan en gran parte los problemas psicológicos que afectan a la feminidad de la mujer, pues la reconstrucción ha cambiado también este problema médico, mejorando los efectos psicológicos de la "imagen corporal". Por ello, cada vez más las mujeres que se someten a una cirugía reconstructora del seno, con el objetivo de disminuir las alteraciones psicológicas, consecuencia de la extirpación de la mama. **(32)**

## CAPITULO II

### MARCO METODOLÓGICO:

#### 2.1 Tipo de investigación

Fue una investigación Cualitativa; investigación que intentó analizar exhaustivamente un asunto o actividad en particular y que admitió comprender interpretativamente la experiencia humana. **(33)**

Por ello es inductiva e interpretativa y se realizó con grupos pequeños de personas. Tiene como meta la transformación de la realidad. La investigación propuesta busco profundizar en el objeto de estudio: la información médica en mujeres con cáncer de mama

#### 2.2. Abordaje Metodológico

Se usó el abordaje: descriptivo e interpretativo; De Souza Minayo **(34)** opina que la investigación es descriptiva porque describe el hecho en su propio lugar (el hogar), se basó en la descripción contextual de un hecho o una situación, en este caso, la información médica a mujeres con cáncer de mama. Para ello, se recogió en forma sistemática los datos que hizo posible un análisis interpretativo, originando datos descriptivos; de las propias palabras de las personas, (mujeres con cáncer de mama) y se caracterizó por estudiar en profundidad una situación concreta. Esto significa que no busco la explicación o la casualidad, sino la comprensión, y se estableció inferencias plausibles entre los patrones de configuración en cada caso. Si se estudia a las personas cualitativamente, se llega a conocerlas en lo personal y experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad, trasferida al estudio, para poder comprender.

### **2.3. Sujetos de la investigación**

Los sujetos de investigación estuvo conformada por ocho mujeres con cáncer de mama que reciben tratamiento oncológico en el Hospital FAP. La muestra fue por conveniencia es decir sólo las mujeres con este diagnóstico y el número de las participantes fue obtenido por saturación, es decir hasta que los sujetos de estudio proporcionaron todos los aportes requeridos para la investigación y no hubo nada nuevo verificado porque los discursos se volvieron repetitivos.

Como criterios de inclusión se consideraron mujeres con diagnóstico de cáncer de mama: Mayores de 38 años que tengan como mínimo 6 meses con el diagnóstico de la enfermedad y que voluntariamente accedieron a participar en la investigación con consentimiento informado (ver anexo 01).

Las identidades de las mujeres participantes fueron protegidas por códigos correspondientes a la primera palabra con mayúscula de mujer cáncer: Mc, quien se le codifico desde Mc1 hasta Mcn. Cabe destacar que se consideró, si alguna de las participantes quiso retirarse de la investigación no generaría ningún tipo de represalias, así como la participación, no implicaría ningún tipo de acción contractual. Para efectos de la investigación ninguna mujer se retiró del estudio.

### **2.4. Escenario**

Estuvo conformado por los hogares de las mujeres con cáncer de mama que fueron atendidas en el Hospital Central FAP, Lima. Entendiendo por hogar las viviendas donde normalmente residen y pasan la mayor parte del día. Allí, toda mujer encuentra seguridad, esta resguardada su intimidad, guarda sus pertenencias, se relacionan con los miembros de su familia, se

alimenta, descansa, sigue las prescripciones médicas desde que se levantan hasta que duermen y luego continua la vida cotidiana. Asimismo es el recinto donde comparte alegrías, éxitos, fracasos y adelantos relacionados con su tratamiento y se sienten acogidas por sus familiares o es el centro de la familia, por ser la esposa y madre a la vez o si teniendo hermanos la comprenden y ayudan para salir adelante

## **2.5. Instrumentos de recolección de los datos**

Se utilizó la entrevista semi-estructurada a profundidad **(35)** (anexo 03), entrevista con relativo grado de flexibilidad tanto en el formato como en el orden y los términos de realización de la misma a quienes estuvo dirigida. Además facilitó plantearse interrogantes sin aferrarse al guion establecido previamente (un listado tentativo de preguntas relacionadas con la investigación propuesta), y fue realizada a las mujeres con cáncer de mama. La entrevista se validó a través de un estudio piloto **(36)** para comprobar si las preguntas fueron entendidas y comprendidas por las entrevistadas, redireccionarlas o reformulándolas con la finalidad de encontrar el objeto de estudio. Para ello, se realizó la entrevista a dos mujeres con cáncer de mama en su hogar, quienes afirmaron comprenderlas y muy fácil contestarlas

## **2.6. Procedimiento.**

Para poder realizar la recolección de datos, se procedió a solicitar la autorización de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, posteriormente se validó el instrumento de recolección de datos (entrevista semiestructurada), una vez validado el instrumento y previa firma del Consentimiento Informado de las participantes, se solicitó una cita estableciendo el día, la hora y el lugar de la entrevista, la misma que garantizo la privacidad y presencia de elementos distractores, se les informo que sus discursos fueron grabados y solo tuvieron utilidad para la investigadora, así

mismo se les identifico siempre por su código. Aceptada la entrevista se procedió a ejecutarla, luego a transcribirla para proceder a su análisis, con el propósito de encontrar el objeto de estudio. Los discursos analizados fueron posteriormente retirados de la grabadora y guardados por la investigadora en una carpeta con clave, hasta cinco años después de presentado este informe de tesis, para pasar a destruirlo quemándolos.

## 2.7. Análisis de los datos

Posterior a la recolección de la información se realizó el análisis de contenido temático **(37)** y tratamiento de los datos hallados para ordenar la información de modo que fue posible sintetizarlos, interpretarlos y darlos a conocer. Este análisis se aplicó a todas las entrevistas de la presente investigación, para ello los discursos proporcionados por las participantes fueron transcritos a un programa word en la computadora de la investigadora.

Posteriormente se hizo un análisis del contenido temático de cada discurso, el cual es una técnica destinada a formular a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto y basadas en autores.

Para ello se siguió los siguientes pasos:

a) La **Transcripción** (lenguaje EMIC y ETIC) realizando en primer lugar la revisión de las entrevistas hechas, lecturas o relecturas hasta que la investigadora se encontró familiarizada con los datos. Una vez organizado el material se procedió a la transcripción de los datos, eliminando las muletillas y traduciéndolo a un lenguaje que permita llegar al objeto de estudio, mediante el análisis correspondiente.

b) La **Codificación**, que se define como el conjunto de unidades de registro concretas detectadas en los textos, las cuales fueron adscritas en sus respectivas unidades de contexto. Luego se realizó la elección de datos útiles estableciendo de esta forma categorías, en esta etapa del proceso de

investigación se racionalizó los datos colectados a fin de explicar e interpretar los datos obtenidos, fragmentación de los mismos y la extracción de unidades significativas para su posterior análisis

c) La **Categorización** – finalmente se organizó y clasificó las unidades de registro previamente codificadas e interpretadas en sus unidades de contexto, se agruparon según las similitudes y diferencias. De donde emergieron las categorías y sub- categorías de la presente investigación.

## 2.8. Principios éticos

Estuvieron basados en los criterios éticos, sustentados en base al Código de Ética de los médicos del Perú, cap 6, artc.42.(38) como en el Decreto Supremo N° 011-2011-JUS, donde la Constitución Política del Perú en su artículo 1° reconoce que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado y en su artículo 44° consagra, como deber primordial del Estado, entre otros, garantizar la plena vigencia de los derechos humanos, que deben garantizar el ejercicio de la bioética, aspecto que se aplicó durante el desarrollo de la investigación.

Y como principios éticos se asumieron los revelados por la bioética personalista(39), entre ellos el respeto a la dignidad de la persona, donde las mujeres participantes fueron consideradas como personas únicas, dignas, con autoconciencia, poseedoras de un cuerpo y un espíritu unitotal, por tanto no estuvieron cosificadas, sólo para obtener datos.

Se reconoció en ellas, su autonomía y decisión de participar voluntariamente y con consentimiento informado. Su identidad y declaraciones estuvieron resguardadas por códigos, se procuró buscar la verdad hasta encontrarla. La libertad y responsabilidad, permitió desarrollar al plan de investigación con rigor científico, sin producir ningún tipo de daño a las participantes, muchos menos tergiversando los resultados a libre albedrío, sino trabajando para desentrañar el objeto de estudio y lograr los objetivos propuestos. La socialización y subsidiariedad, permitió que los resultados

trabajados contribuyeran a mejorar la información médica sobre el cáncer de mama, sin discriminación de edad, sexo, religión, situación social, económica o cultural. Igual los resultados se difundirán para el resto de Instituciones educativas y presentado en congresos educativos y publicados en revista indexada.

## **2.9 Criterios de rigor científico**

Asimismo, la investigación se sustentó en los principios de rigor científico **(40)** de credibilidad, alude a la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en la investigación y hace referencia a la necesidad de que exista igualdad entre los resultados de la investigación y las percepciones que las participantes poseen de la realidad estudiada. Este criterio se obtuvo a través de la coherencia entre el método elegido y la investigación, para ello se verifico con los resultados obtenidos a las participantes, si lo escrito de sus discursos son lo que ellas han querido decir, buscando su conformidad.

El criterio de confiabilidad y validez: se basó en encontrar resultados confiables y creíbles. Para lo cual al emplearse la investigación cualitativa descriptiva, se aplicó una entrevista semiestructurada, contrastando la información de acuerdo al proyecto aprobado.

La transferibilidad o aplicabilidad, de éste criterio consistió en la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, para ello, se trató de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. El grado de transferibilidad está en función directa de la similitud entre los contextos. Al finalizar la investigación, se elaboró el informe del estudio con lo cual, otro investigador(a) puede continuar la misma línea de investigación y profundizar más acerca del objeto de estudio.

## CAPITULO III

### RESULTADOS Y ANALISIS

Dentro de los eventos vitales que pueden acontecer a las personas, están las enfermedades crónicas, especialmente aquellas socialmente estigmatizadas como el caso del cáncer de mama. Actualmente consolidado como un problema prioritario de salud pública en América Latina, donde cada año se diagnostican 114 900 casos nuevos y mueren a causa de la enfermedad 37 000 mujeres. (41-42-43)

Como el padecimiento suele ocurrir en mujeres de cualquier nivel social, económico y étnico, son las mujeres con mayores desventajas sociales y menores recursos las más vulnerables, quienes reciben la información. Situación que impone una serie de demandas que movilizan en un sentido u otro los recursos de afrontamiento, como lo expresa la siguiente categoría:

#### **CATEGORÍA I.- RECEPCION DE LA INFORMACION SOBRE EL DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA**

La información que se proporciona a la paciente con cáncer de mama es fundamental a la hora de planificar y llevar a cabo las técnicas oncoplásticas, debido a su repercusión en la imagen corporal y a la potencial aparición de complicaciones específicas. (44). Dichas particularidades hacen necesario un intercambio de información entre médico y paciente cuyo propósito enlaza la discusión sobre el tratamiento, cirugía y las posibles complicaciones del diagnóstico. Durante este intercambio de información es frecuente que surjan aspectos conflictivos a pesar que al inicio se acepte la información como directa o sincera, pues existe la negativa de la paciente en primer lugar a aceptar lo que pasa por su cuerpo, como será el futuro, quiere ser escuchada y busca que el mismo médico le proporcione información sobre posible curación.<sup>1</sup> Aspectos que se describen en la subcategoría

### 1.1 Información directa y escueta sobre presencia de tumor maligno.

Entre las recomendaciones que Pérez (45) argumenta para una práctica segura en el manejo de la paciente con cáncer de mama es mantener una estrecha relación con la paciente y conservar una actitud propositiva, así como elegir el momento y sitio adecuado para dar a conocer el diagnóstico caracterizado por privacidad, para discutir el diagnóstico de cáncer de mama, con la paciente y/ o sus familiares, no mentirle al paciente y ser claro. También no se debe de dar un diagnóstico como definitivo, hasta tener la confirmación histopatológica de malignidad y evitar consultas por teléfono, radio, carta o internet, apreciaciones que las mismas usuarias lo evidencian en sus relatos:

“...después de la biopsia, el médico me confirmó que era un tumor maligno y que la operación debería realizarse con carácter de urgencia, pedí el médico que guardara la reserva y no informara a nadie de mi familia, faltaba un mes para navidad, el médico insistió que pensara en mi salud y la urgencia de la intervención, a lo que respondí, que tenía derecho a pedir una segunda opinión y a esperar el tiempo que consideré oportuno...”Mc7

*“...Con sinceridad y en forma delicada me dijo que tenía un tumor grande en una mama y otro pequeño en la otra, y que era necesario extirpar los dos tumores, pero no las glándulas...”*  
Mc3

*“... El médico fue claro, me informó sobre el tumor maligno que tenía y que debería de ser operada...sin embargo debe tomarse su tiempo para escuchar ...”*Mc5

*“...el médico me informo con la verdad de manera frontal, y delicada...”* Mc1

*“...El médico me informo de manera adecuada y con la verdad...”* Mc2

*“...El que recibió primero el informe de la biopsia positiva fue mi esposo que luego me lo comunicó, esto facilitó una mejor aceptación por parte mía ...”*Mc6

*“... el médico cirujano al ver el informe de la mamografía me comento que podía tratarse de algo serio y que era necesario completar el estudio con una ecografía cuanto antes y el ecografista me informó que el tumor era probablemente maligno que el mismo llamaría al cirujano para que procediera a la biopsia cuanto antes...”* Mc8”

*“...el diagnóstico lo obtuve en una campaña oncológica de la FAP, al recoger los resultados de mis exámenes, me lo dio el técnico, me enteré de mi enfermedad antes de hablar con el médico, luego el médico me explicó de manera clara y sin rodeos que el tumor que tenía era maligno y debería ser operado lo antes posible...” Mc4*

El médico como parte de un equipo de cualquier institución de salud, tiene actividades específicas y al paciente como sujeto de acción, quien es el principal destinatario del estudio y trabajo, pero ambos interactúan de una forma directa como es el caso de un diagnóstico reservado o una inminente cirugía por cáncer de mama. Por ello debe tener presente que en el paciente, dependiendo de su patología y de sus valores personales, se hace presente su afectividad, como sucede con las mujeres, con este diagnóstico. Las pacientes pueden sentirse vulnerables, porque son conscientes de que existe la posibilidad de ser heridas tanto física como emocionalmente. Así, la integridad de la paciente puede ser amenazada por el médico al brindarle información rápida, incompleta y poco coherente.

Pero también, reconocer que el médico posee integridad, como lo reconocen los sujetos de estudio, cuando les brindan una información veraz, directa o escueta. La presencia de virtudes en el médico significa que esta socialmente valorada, la virtud es un rasgo del carácter que permite a las personas comportarse adecuadamente desde una perspectiva moral, definido como el hábito de actuar de acuerdo con los principios, las obligaciones o los ideales morales, teniendo en consideración el fin y las consecuencias del obrar.(46)

No cabe duda que las mujeres por ser libres tienen apertura y necesitan dialogar. El ser libre de la persona es poseerse a sí misma, ser dueña de sus actos y, gracias a ello, también es dueña del desarrollo de su vida y de su destino (47). Por ello al conocer su diagnóstico, se tornan comprensivas cualquiera que sea su nivel cultural, o cuando el diagnóstico fue dado primero al esposo que participó como intermediario, para luego comunicarle a la esposa con mejor acogida por parte de ella.

Para la certeza de un diagnóstico del cáncer de mamá se usa en primer lugar el examen de la mamá como medio de prevención, luego una mamografía frente a la existencia de factores de riesgo hereditario o edad de la mujer, donde es posible detectar posibles signos de malignidad como las micro calcificaciones, presencia de un nódulo denso, pérdida de la arquitectura y desestructuración del tejido mamario o densidades focales asimétricas. La indicación cuando usarla es polémica, en general se ha de efectuar en mujeres de 35-40 años o en aquellas con familiares de primer grado de cáncer de mama **(48)**

Asimismo, existen otras pruebas que confirman el diagnóstico definitivo como la biopsia, el cual es un procedimiento que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio. Existen distintos tipos de biopsia para el diagnóstico de patología de mama; la biopsia aspirativa guiada por ecografía sirve para el estudio de las células del tumor, si esta es negativa se usara la biopsia estereotáxica, con aguja gruesa y/o la abierta, para el estudio del tejido tumoral. El resultado de la biopsia sirve para la estadificación, del cáncer, que ayuda a definir la mejor alternativa de tratamiento, para curación y/o control de la enfermedad.**(48)**

Sin embargo vale precisar también que existen varios estadios que van del número 0 al IV, a mayor número es mayor el grado de enfermedad. De acuerdo al estadio se da el pronóstico a la paciente. En los estadios I y II de la enfermedad, es curable. En los estadios III y IV no es curable pero aumenta en relación a mayores años de supervivencia y mejor calidad de vida, informando siempre con esperanzas positivas para enfrentar su enfermedad. **(48)**

Por tanto los resultados de la biopsia permiten al médico hablar con la verdad incluso de manera directa ante la malignidad del caso, pues la extirpación de ambas mamas es evidente. Sin embargo, la falta de seguridad de algunas pacientes sobre la información muy rápida o no tan claro, porque existían expectativas que no han sido resueltas, ocasionan en ellas una serie de interrogantes obligándola a solicitar tiempo al médico para asimilar la idea,

o pedirle no informar a la familia porque existen circunstancias como la cercanía de la Navidad, que produciría malestar en toda la familia.

## 1.2 Necesidad de ser escuchadas para resolver preguntas e inquietudes.

Las participantes en el estudio al conocer su diagnóstico, razonan sobre su realidad futura, en ellas se ha producido el acto de conocer, es decir posee el objeto conocido inmediatamente (tienen cáncer), el cual es inmanente, es decir en el acto de conocer no hay que esperar que después de algún tiempo se posea lo conocido, sino que este se da, en el mismo instante en que se ejerce el acto de conocer. (49).

La verdad es descubierta por la información del médico y por las pruebas diagnósticas. Pero, ellas quieren entender más y llaman la atención para ser escuchadas y que les proporcionen una mejor información como lo enuncian los discursos:

Nebril Acea, 2007 – Pérez Pico Víctor, 2013

*"...El médico debe dedicar más tiempo a escuchar todas las preguntas e inquietudes que tiene la paciente, pues quedan insatisfechas por la rapidez con que fue atendida..."Mc3*

*"... falta de información en relación a la dieta así como la posibilidad de poder tener una atención en las fisioterapias requeridas..."Mc6*

*"...habría sido de mucha ayuda el haber tenido una entrevista con su esposo con la finalidad de una mejor información y apoyo de su esposo..."Mc2*

Cuando las participantes se aproximan a la realidad no tienen más remedio que preguntarse por el sentido de ella, para esto, cuentan con su razón y cuando se produce la adecuación entre lo que observan (la realidad) y lo que piensan de ella, llegan a la verdad, que a la vez de manera refleja iluminan su razón y modela la libertad para que sea verdaderamente humana, de esta forma al percatarse que tienen interrogantes sin definir o tienen cierto descontento porque no entienden bien lo que les está pasando, por la forma escueta o rápida como recibió la información, no existe una conformación del

intelecto a la realidad y choca con la tendencia de la persona a conocer la verdad (47)

Por ello, es de suma importancia crear una buena relación médico – paciente, donde se involucre a las pacientes y determinar lo que entiende sobre su afección y tratamiento. El médico debe conocer sus preocupaciones más importantes, responder a sus emociones con empatía, dar validez a sus repuestas y aclararlas, ya que la mayoría de pacientes se sienten ansiosas, por lo que debe evitar tener actitudes poco alentadoras y fatalistas. El médico por ser un sujeto moral que se relaciona con otro sujeto moral, procurara no interrumpir mientras la paciente habla y transmitir respeto por su punto de vista. Además tendrá en cuenta el grado de instrucción y mentalidad de la mujer al dar la información, ya que la paciente manifiesta siempre ansiedad, negación, y actitudes fatalistas.

Igualmente, dicho profesional, tiene la obligación de dar información en el lugar de preferencia, generalmente en su consultorio, acompañado por un familiar, con un lenguaje fácil de comprender, pero con una comunicación clara y adecuada sobre el estado de su enfermedad. A pesar de ello por lo general la mayoría de pacientes no salen lo suficientemente informadas debido a sus temores, miedo y dolor a una muerte temprana.

En este sentido, siempre guardan la esperanza , pues el conocer la verdad chocan frontalmente con el ideal humano de la felicidad completa, pues sabe que como ser creado, es contingente y encuentra sometidas su esencia a los límites de su existencia, debido a ello piden

### **1.3 Información sobre posibilidades de curación.**

Durante el Oncology Day de Bayer realizado la primera semana de Abril del 2014 en México, quedó en claro que no habrá una cura milagrosa para el cáncer. Pero también existe una historia alentadora: años de investigación han resultado en el desarrollo de tratamientos capaces de mejorar y extender la vida de muchos pacientes, al punto que hoy el cáncer de

mama puede ser totalmente eliminado si se adoptan recaudos. Las claves son la prevención (prestar atención a los antecedentes familiares, realizarse la autoexploración mamaria); cambiar algunos hábitos de vida (comer sano, combatir el sedentarismo) y la consulta médica temprana. **(50)**

Pero una vez diagnosticado el cáncer, las mujeres que lo padecen solicitan información sobre la posible curación del mismo, aspecto que conduce a una reflexión que la información proporcionada no fue completa o faltó profundidad, como lo expresan las mismas pacientes:

*“..Una mayor explicación en relación a la posibilidad de una curación y que el médico fuera más explícito en las respuestas de las preguntas hechas...” Mc6*

Pedir una mayor explicación significa el ansia de saber sobre el cáncer de mama, al respecto algunas pacientes recurren no solo al médico sino también a las redes sociales para conocer más sobre el diagnóstico de su enfermedad y no se equivocan puesto que el internet no sólo existe información desde la más sencillas hasta la más sofisticada sino las usuarias pueden conectarse con mujeres que han padecido cáncer de mama y ahora están curadas e intentan ayudar a sobrellevar los padecimientos de la enfermedad.

Lo que si se conoce es que el tratamiento del cáncer de mama debe ser realizado por médicos con experiencia en el manejo de la enfermedad. Las especialidades relacionadas con el cuidado de la mama son múltiples: mastología, ginecología, cirugía, imágenes, radioterapia, oncología, anatomía patológica, cirugía plástica. En unos pocos lugares todos los especialistas estarán disponibles en la misma institución. En muchas partes del país concretamente Perú es posible contar con todos los especialistas, por lo que es muy importante coordinar un circuito de referencia y contra-referencia que asegure que la paciente acceda a un tratamiento correcto y a tiempo **(51)**

Cabe mencionar que el tratamiento en todos los estadios es siempre quirúrgico. En relación al tratamiento adyuvante existen: quimioterapia, radioterapia, hormonas, y/o tratamiento biológico, según al estadio de la

enfermedad. Actualmente el tratamiento está muy personalizado debido al mayor número de drogas. Disminución de los efectos secundarios: con antieméticos en la quimioterapia y cuidado de la piel post-radioterapia.

Se ha demostrado una mayor ayuda cuando se aplican los protocolos establecidos por el Instituto internacional del cáncer de mama de acuerdo a la patología del tumor. La curación en los estadios I y II es prácticamente al 100%. En el estadio III la posibilidad de recidiva es mayor, sin embargo la enfermedad se puede controlar, según la agresividad del tumor (TNM). En el estadio IV la enfermedad no es curable, sin embargo se puede mejorar la calidad de vida y la supervivencia. **(48)**

Por tanto las mujeres afectadas de cáncer de mama deben conocer todos estos aspectos, procurando que los factores pronósticos sean de su satisfacción y que perciban que el médico esta personalmente interesado en su curación.

Sin embargo, la ansiedad y el miedo, ante el conocimiento de tener cáncer emergen, incluso la imaginan piensan o hablan de ella como se expresa en la siguiente categoría:

## **CATEGORÍA II. PREOCUPACIÓN, TEMOR Y MIEDO A UNA MUERTE CERCANA.**

Cuando lo serio se vuelve interminable y definitivo, sobreviene el sufrimiento, desaparece la alegría y todo parece destinado a fracasar, y el mal, el llanto, la enfermedad y el cansancio se despliegan sobre la persona. Y, no hay engaño posible, todos somos constitutivamente limitados, y así lo experimentan de múltiples maneras, las mujeres afectadas de cáncer de mama, el dolor no sólo las acompaña, por todo lo acontecido en sus vida sino también por tener cáncer. **(52)**

El diagnóstico de cáncer de mama suele generar sentimientos de ansiedad, tristeza y miedo en las mujeres que lo tienen, así como dudas y

cuestionamientos, debido al estigma de enfermedad terminal que ocasiona sufrimiento y muerte. La enfermedad es agresiva y traumática, pudiendo afectar a la mujer en todas las dimensiones de su vida, acarreando cambios en el desempeño de sus roles y en la percepción de su imagen corporal. El diagnóstico de la enfermedad entraña un peligro para la mujer, por ser el cáncer visto como una enfermedad sin cura. **(53-54)**

El cual es siempre rechazado por considerarlo inevitable, por ello emerge multitud de reacciones tal y conforme lo expresan los sujetos de estudio:

*"...Su primera reacción fue de preocupación y el temor a una muerte cercana, me sobrepuse y recupere el buen estado de ánimo, entiendo lo que me pasa y me considero una mujer muy positiva...Mc1*

*"...No acepte el diagnóstico y ante el temor de una muerte inminente pedí que me dejaron morir tranquila, entonces el médico me explico los beneficios que obtendría con la operación y que mis años de vida serían más y mi calidad de vida iba a mejorar con la operación...Mc2*

*"...Por ser una persona muy ansiosa, obsesiva, nerviosa e insegura, mi reacción fue de negación, con la convicción de una muerte inmediata, pues estaba segura de cuál sería el diagnóstico sin pensar que mi problema era bilateral. Ya que hacía tiempo me había palpado el tumor, pero por miedo deje pasar varios meses antes de informarle a mi hija con la que vivo que su tumor era grande y podría ser maligno....Mc3*

*"...mi estado de ánimo y pensamientos al inicio no fueron de los mejores, llegando a pensar en una muerte a corto plazo..."Mc4*

*"...Al comienzo no acepte mi diagnóstico y tengo miedo a morir pronto....Mc5*

*"...Depresiva y con temor a una muerte cercana..."Mc7*

*Gracias al apoyo y cariño de su esposo este estado anímico lo superó al poco tiempo.Mc6*

Las mujeres con cáncer de mama tienen un sentido fundamental según el cual "el problema de la vida" es el problema primordial que se plantean en la medida en que son razonables, es decir dotadas de razón y por tanto son capaces de reflexionar y de emitir juicios sobre los sucesos de su corporalidad, afectada por la enfermedad del cáncer **(55)**

La enfermedad es un estado intermedio entre la salud y la muerte, un modo doloroso y anómalo de la vida de la persona, reactivo ante una alteración del cuerpo determinada psico-organicamente, pues estorba o

detiene las funciones y acciones del enfermo, y una reacción, merced a la cual vuelve al estado de salud, muere o experimenta una deficiencia vital permanente. **(45)** Aspectos que son vivenciados por las participantes, quienes al conocer el diagnóstico, algunas experimentaron una notable preocupación precedida de temor, sentido en carne propia. Otras reflexionaron sobre la inminencia de la muerte, realidad inexorable, pero la perciben de antemano, por una serie de reacciones de su propia realidad, con anhelos de salir de ese estado, por ello buscan explicaciones, las cuales les causan ansiedad, estrés, por tratarse de un órgano íntimamente relacionado con la feminidad, la autoestima y la sexualidad.

Gómez y Reboreda argumentan, además que la mujer con cáncer de mama, se enfrenta a importantes sentimientos de ansiedad y miedo, que deben mantenerse dentro de límites tolerables para poder participar en la toma de decisiones de su diagnóstico. Este una vez comunicado, 50% de las pacientes presenta una respuesta "normal", 30% desarrolla un "trastorno adaptativo" con síntomas ansiosos y depresivos y un 20% desarrollan trastornos psiquiátricos más severos. **(56)**

Al respecto, la Organización Breast Cáncer, afirma que las personas con cáncer atraviesan varias etapas de miedo tales como: a) No creen lo que han dicho y se niegan por completo. b) Enojo y cólera con el médico que le dio la noticia y con cualquier persona que lea el resultado, por ejemplo, un técnico de laboratorio o un enfermero. c) Apelar a una fuerza mayor y emergen preguntas una y otra vez: "¿Por qué me tuvo que pasar a mí?" o "¿Qué hice para merecer esto?". d) Resignación, como si no hubiese nada que se pueda hacer para salir adelante. e) Aceptar la verdad, dura como es, y decidir luchar con todas las fuerzas. **(57)**

Etapas que se pueden percibir en los discursos de las participantes, ya que una gran parte del miedo al diagnóstico del cáncer, tiene relación con la incertidumbre y la sensación de pérdida del futuro y control sobre la vida. Por ello, son varios los factores que intervienen en el proceso de adaptación emocional, entre ellos: la situación personal/familiar, como el apoyo de la

familia, estados de ánimo, aspectos culturales y el estilo personal de afrontamiento.

Por otro lado también en las participantes del estudio se presentó el estrés, cuando sintieron que no pueden manejar o controlar los cambios causados por el cáncer o las actividades de la vida normal, surge la angustia o sufrimiento emocional. La angustia o el sufrimiento emocional se han reconocido cada vez más como un factor que puede reducir la calidad de vida de las pacientes con cáncer. El cuerpo reacciona a la presión física, mental o emocional liberando hormonas de estrés (como epinefrina y norepinefrina) que aumentan la presión arterial, aceleran el ritmo cardíaco y suben los niveles de azúcar (glucosa) en la sangre. Estos cambios ayudan a una persona a actuar con mayor fuerza y rapidez para escapar de una amenaza percibida. **(58)**

En este sentido, se precisa que el equipo de salud reconozca que cada paciente tiene que ser abordada de forma diferente, dado que los efectos psicológicos y las estrategias frente al diagnóstico de cáncer varían entre las personas, de acuerdo no solo a su grado de fortaleza mental y espiritual sino también a su entorno familiar y social, aun cuando las características y manifestaciones clínicas de la enfermedad puedan ser similares entre ellas. **(59)**

De esta manera, toda familia enrola una integración equitativa y equilibrada, asumiendo el rol de una unidad fundamental de protección y de salud para cada miembro familiar. No cabe duda que la enfermedad del cáncer de mama también genera sentimientos de miedo, tristeza y negación en los familiares, situación que conlleva a algunas mujeres pedir a su familia que las dejen morir tranquilas haciendo uso de su principio de autonomía y la libertad de conciencia para tomar decisiones. Otras prefieren quedarse calladas y no hablar del diagnóstico sino después de algún tiempo de haber asimilado la enfermedad, porque vislumbran, mediante el razonamiento más males que bienes y otras sienten que su familia es su único apoyo, al experimentar el apoyo y el amor del conyugue. Lo cierto de esta situación, ubica al paciente como parte integral de la unidad familiar, así la familia es producto integral dentro de su contexto cultural, social e histórico. Esto se convierte en un concepto fundamental dentro de la trayectoria de la

enfermedad crónica, ya que los mecanismos por los cuales las familias hacen frente son influenciados en gran parte por sistemas personales de creencia, tabúes, mística cultural y social que atribuyen el significado del “por qué” a la enfermedad y al paciente de cáncer de mama en particular. (60)

### **III CATEGORÍA. ACEPTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y TRATAMIENTOS PARA SEGUIR VIVIENDO Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.**

La patología del cáncer es una experiencia de gran sufrimiento para la mujer: la aprensión percibidas por las sujeto de estudio, de tener un tumor y a la incertidumbre sobre las terapias, se añaden el dolor de experimentar la mutilación de alguna o las dos mamas, afectando de alguna manera la propia imagen corporal. Sin embargo la conciencia de la variedad existente de terapias para el tratamiento de cáncer y el apoyo de la familia incentiva a las participantes a aceptarla.

Se conoce que el tratamiento del cáncer de mama es un tratamiento sistémico que incluye: cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal y/o terapia clónica. Aspectos que se detallan en la subcategoría:

#### **3.1 Tratamientos quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia**

Para efectuar un tratamiento personalizado al tipo de tumor y estadio que presenta cada una de las pacientes, se requiere de un equipo multidisciplinario, que incluye: cirujanos, oncólogos clínicos, radio-oncólogos, psicólogos, psiquiatras y anatomopatólogos, cuya experiencia de estos es de especial importancia pues además del diagnóstico definitivo afrontarán los factores pronósticos que sirvan para orientar futuras conductas terapéuticas, ajustándose a “protocolos” bien establecidos. Así las opciones del tratamiento dependerán de varios factores:

- Estadío del tumor  
El estadío de los receptores hormonales: ER y PR y el estado del HER2

- La edad de la paciente.
- El estado de su salud general y sus preferencias
- El estado de la menopausia de la paciente
- La presencia de mutaciones conocidas en los genes heredados del cáncer de mama, como son el BRCA1y el BRCA2 o en otros genes que aumentan el riesgo de cáncer de mama.

Aspectos considerados en la totalidad de participantes, quienes también con el apoyo y compromiso de su familia, aceptaron operarse. En relación a las pacientes estudiadas, en seis se ha efectuado tumorectomía, y en dos una mastectomía radical, con reconstrucción de prótesis mamaria, en el mismo acto operatorio, en una de ellas (realizado en Oncosalud), que a continuación se describen y luego se analizan.

*“...Gracias a la ayuda de mis hijas poco a poco fui aceptando la intervención quirúrgica propuesta por el médico, para practicar una extirpación sólo del tumor... Mc2 (TUMORECTOMÍA DE LA MAMA DERECHA)...”*

*“...Inicialmente no quise aceptar la operación, el médico me explicó que en mi próxima consulta vendría una paciente que ya había sido operada y con quien podría conversar para preguntarle mis dudas y contarme su experiencia. De acuerdo a la explicación de mi hija, que es mi apoyo y es decidida, me ayudó con distintos argumentos para que aceptara la conveniencia de la operación, y que me extirpara ambos tumores...” Mc3.( TUMORECTOMIA BILATERAL)*

*“...Por mi avanzada edad, al decirme el médico que debía operarme, me negué a la intervención, pero con la ayuda y consejo de una de mis hijas, poco a poco fui cambiando de opinión y acepté la intervención quirúrgica Mc6. “TUMORECTOMÍA DE LA MAMA DERECHA...”*

*“...Cuando le informé a mi esposo, no reaccionó bien y no me apoyó por el temor a una nueva gestación y me recomendó la necesidad de cuidarse con un preservativo, pues por razones de trabajo viaja mucho y que sería difícil cuidarnos con el método natural. Poco a poco lo fue aceptando y me apoyó con expresiones de cariño, y especialmente en la intervención quirúrgica...” Mc1: TUMORECTOMIA DE LA MAMA DERECHA.*

*“...Al recibir el diagnóstico me asusté mucho, pensando en todo lo que había escuchado en relación al tratamiento de la enfermedad: caída del cabello, cómo quedaría el aspecto físico de mi cuerpo después de la cirugía, etc. entré en un estado depresivo... Mc8. MASTECTOMIA RADICAL*

*“...Al recibir el diagnóstico de cáncer, a través de la secretaria que trabaja en el servicio de ONCOFAP, me deprimí al pensar que podía morirme a corto plazo.*

*En la consulta con el cirujano, me aconsejó tener mucha fe conmigo misma y enfrentar la realidad, y que mi tumor requería ser operado lo antes posible... Mc4. MASTECTOMIA RADICAL*

En la consulta con el cirujano oncólogo una vez confirmado el diagnóstico se les explica a las pacientes la necesidad del tratamiento quirúrgico para la extirpación del tumor, ya sea con una cirugía conservadora, en la que se ha demostrado la misma supervivencia que otras acciones quirúrgicas más agresivas; o en la cirugía que extirpa toda la glándula: mastectomía que se realiza en los estadios más avanzados y en aquellas pacientes en las que no está indicada la cirugía conservadora por otras causas clínicas y anatómicas. **(61)**

Igualmente se les realizó el estudio y biopsia del “ganglio centinela”, que permite conocer la afectación ganglionar, para el estadiaje tumoral, y evita la resección innecesaria de los ganglios cuando aquel es negativo a la enfermedad. Si se observa cáncer en el “ganglio centinela”, el cirujano debe extirpar más ganglios linfáticos, y evaluar si presentan cáncer, pues de dicho resultado va a depender el diagnóstico del estadio de la enfermedad, así como de las características del tumor y de la cantidad de cáncer que contenga el “ganglio centinela”. Si se confirma cáncer en los ganglios linfáticos axilares, se debe realizar un vaciamiento total de los mismos.

Las pacientes con tratamiento de “Tumorectomía y radioterapia, con un tumor pequeño, y no más de dos ganglios linfáticos comprometidos, pueden evitar el vaciamiento total de los mismos en la axila, disminuyendo así los efectos secundarios, con igual tiempo de supervivencia.

Para detallar, la tumorectomía es una cirugía mínimamente agresiva, con la posibilidad de reconstrucción de la mama, en el mismo acto operatorio o bien de manera diferida, mejorando la supervivencia y la calidad de vida de las pacientes.

Ello exige la colaboración y la coordinación de todos los profesionales implicados, con el fin de poder ofrecer el tratamiento integral e individualizado en el cáncer de mama

La mastectomía profiláctica esta también indicada en pacientes de alto riesgo por presentar alteraciones genéticas en dos genes con transmisión autosómica dominante, responsables del 10% de los cánceres de mama. **(62)**

El tratamiento de la preservación física y funcional de la mama, es superior a la mastectomía radical en la mayoría de las pacientes, siendo esta una mutilación innecesaria. Se ha demostrado que dicha intervención no retrasa el diagnóstico no aumenta la recurrencia local, ni se asocia a una menor supervivencia global.

Es muy importante que la paciente participe activamente en la toma de la decisión, en su tratamiento.

Más aún existe la cirugía reconstructora, otro de los grandes avances, post mastectomía, usando colgajos de los músculos dorsal y pectoral, o con empleo de distintos tipos de prótesis, con gel de silicona, o con solución salina en el mismo acto operatorio o diferirlo para otra oportunidad. Por ello, la incorporación de nuevos conocimientos facilitará que la cirugía de mama siga evolucionando con técnicas menos agresivas en los próximos años. **(57)**

Incluso, la subespecialidad de "cirugía oncoplastica" es en la que el mismo cirujano oncólogo hace también la cirugía plástica reparadora, obteniendo los mejores resultados cosméticos en cirugías conservadoras y también puede realizar una reconstrucción mamaria en los casos de mastectomía.

La tendencia a la preservación física y funcional, especialmente en las etapas precoces de la enfermedad, es donde se han obtenido los mejores resultados. Está demostrado que en los estadios I y II, el tratamiento debe ser conservador en lugar de la mastectomía radical en la mayoría de estas pacientes. **(62)**

El equipo multidisciplinario es el que debe estudiar y definir la mejor opción de tratamiento para cada una de las pacientes, afrontando también los factores pronósticos que sirvan para orientar futuras conductas terapéuticas ajustándose a protocolos bien establecidos. **(63)**

En los casos en que no sea posible realizar una cirugía para extirpar el tumor, este se llama "inoperable". Es probable que en estos casos se pueda utilizar otras alternativas de tratamiento para reducir el tamaño del tumor, como la quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal y/o terapia dirigida.

En general la mayoría de las pacientes reacciona, frente a la información del tratamiento quirúrgico dado por el médico, con una negación: "yo no me lo puedo creer", que es la manera como la paciente enfrenta las tensiones internas o externas rehusando reconocer algunos aspectos de la realidad exterior, o de su experiencia que son evidentes para los otros. La negación parece cumplir un papel protector que permite a la persona adaptarse a la nueva realidad.

El 50% de las pacientes estudiadas mostró una aceptación activa con afrontamiento cuyo objetivo fue reducir el stress.

Se observaron mayores beneficios adaptativos para las mujeres con alto contenido de esperanza, pues se ha observado que la dimensión religiosa o espiritual debe ser considerada como importante, pues fortalece las estrategias de afrontamiento de la enfermedad de las pacientes con los recursos del apoyo moral, social y espiritual de su entorno. (64)

No obstante, a pesar que la mayor parte de los sujetos de estudio mostró una aceptación activa con afrontamiento cuyo objetivo es reducir el estrés, posterior a la cirugía pueden presentarse reacciones como la depresión, especialmente las pacientes de mayor edad son las más propensas a la negación, observándose en las etapas iniciales y finales de la enfermedad, la cual tiene una función protectora al ayudar a manejar la "ansiedad" en dichas etapas. (65)

Por tanto, los cambios y alteraciones en el cáncer de mama pueden variar de intensidad y duración según un conjunto de circunstancias como son: edad, nivel cultural, reversibilidad de la pérdida, grado de información, apoyo social y familiar, el grado de limitación y las consecuencias funcionales de la pérdida.

Cuando hay deterioro de la adaptación, la paciente es incapaz de modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud, con sensación de falta de control y con un estado emocional intenso.

En este sentido, la defensa de la negación suele presentarse entre el 89% y 97% de las pacientes al informarles el diagnóstico de cáncer de mama. Aunque se acepte la cirugía, las pacientes niegan las consecuencias funcionales y afectivas que esta situación puede generar. En cirugía, este mecanismo de defensa se presenta a modo de identificación proyectiva a la escisión. La reducción de la conciencia de lo que está ocurriendo propio de estos mecanismos de defensa deja a estas mujeres sin recursos para un afrontamiento adecuado, lo que les permite tener tiempo para procesar la información, contribuyendo al proceso de adaptación al tratamiento. (66)

Por otro lado, es necesario informar cómo el tratamiento denominado quimioterapia, constituye otra forma de tratamiento, con fármacos que destruyen las células cancerosas inhibiendo su capacidad para proliferar y dividirse, ésta puede ser neoadyuvante, antes de la cirugía para disminuir el tamaño del tumor y luego proceder a la cirugía.

La adyuvante, después de la cirugía con el fin de disminuir las tasas de recurrencias.

Tratamiento de la enfermedad metastásica, la cual se administra hasta que se produzca toxicidad o no obtener respuesta tumoral. En el tratamiento los esquemas son de poliquimioterapias, es decir más de un fármaco, en el esquema.

En el hospital de la FAP, el protocolo que se usa en los estadios de cáncer de mama I-II-III-IV es el siguiente esquema: ACx4 (Doxorrubicina 50 mg/m<sup>2</sup> c/21 d y Ciclofosfamida 500 mg/m<sup>2</sup> c/21 d), y luego Paclitaxel (Taxol) 100 mg/m<sup>2</sup> semanal por 12 semanas.

En el estadio II-III con ganglio centinela positivo, el tratamiento es con quimioterapia más radioterapia siempre.

Se llama Tratamiento Dirigido cuando son positivos los receptores hormonales: RE y RP. Se usan los fármacos Tamoxifeno, Anastrozol y

Exemestone. Cuando el HER2 es positivo se usa el Trastuzumab. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen de la persona, del fármaco utilizado y del programa y las dosis utilizadas. Estos efectos secundarios pueden incluir fatiga, riesgo de infección, náuseas y vómitos, estos se pueden controlar con antieméticos. También se observa caída de cabello, pérdida del apetito y diarrea. Dichos efectos se pueden controlar durante el tratamiento y generalmente finalizan al terminar éste. Rara vez pueden presentarse efectos secundarios a largo plazo, como daño cardíaco o en el sistema nervioso.

En cuanto al tratamiento hormonal, este es eficaz para la mayoría de los tumores con resultados positivos para los receptores de estrógeno o de progesterona, pudiendo controlar la enfermedad metastásica en la mayoría de casos.

El tamoxifeno bloquea el estrógeno e impide su fijación en las células del cáncer de mama. Reduce el riesgo de recurrencia en la mama que tenía cáncer y el riesgo de desarrollar cáncer en la otra mama y también de la recurrencia a distancia. También es un tratamiento eficaz contra el cáncer de mama metastásico positivo para receptor hormonal. El tamoxifeno viene en forma de pastilla que se toma diariamente por vía oral. Los efectos secundarios incluyen sofocos, sequedad, secreción o sangrado vaginal, un pequeño aumento del riesgo de cáncer de útero. Sin embargo puede mejorar la salud ósea y los niveles de colesterol, y es eficaz para el tratamiento del cáncer de mama tanto en mujeres pre menopáusicas como en posmenopáusicas.

Los fármacos anastrozol y exemestano se administran diariamente por vía oral, solos o después del tamoxifeno, es más eficaz para reducir la recurrencia en estadio temprano en mujeres posmenopáusicas, y también en el cáncer metastásico positivo para receptor hormonal. Los efectos secundarios pueden incluir dolor articular y muscular, sofocos, sequedad vaginal, mayor riesgo de osteoporosis y fracturas de los huesos, y aumentos en los niveles de colesterol.

Las mujeres pre menopáusicas no deben tomar, ya que no bloquean los efectos de los estrógenos producidos por los ovarios. En algunas situaciones de cáncer metastásico, también se pueden extirpar los ovarios (supresión ovárica), para detener su funcionamiento en combinación con tamoxifeno.(57), castración química: con acetato de leuprovide o la quirúrgica o mediante radioterapia.

En investigaciones recientes se ha demostrado que tomar tamoxifeno por más de 5 años puede reducir aún más el riesgo de recurrencia después de un diagnóstico de cáncer de mama en estadio temprano, aunque los efectos secundarios también aumentan con la duración más prolongada de dicha terapia.

Referente a la terapia dirigida es un tratamiento que apunta a los genes o a las proteínas específicas del cáncer. Este tipo de tratamiento bloquea el crecimiento y la diseminación de las células cancerosas, y a la vez limita el daño a las células sanas. Para determinar cuál es el tratamiento más eficaz, se pueden realizar pruebas para identificar los genes con algunas proteínas y otros factores del tumor, tratamiento que se está efectuando en algunas instituciones.

Lo relacionado a la terapia dirigida a HER2, el trastuzumab está aprobado para el tratamiento del cáncer de mama avanzado y como terapia adyuvante para el cáncer de mama positivo para HER2 en estadio temprano y avanzado.

En cuanto a la terapia dirigida a las metástasis óseas se usan los bifosfonatos, son fármacos que bloquean las células que provocan la destrucción ósea, llamados osteoclastos. En mujeres con cáncer de mama que se ha diseminado a los huesos se ha demostrado que dosis mayores de bifosfonatos que se usan para la osteoporosis, reducen los efectos secundarios del cáncer en el hueso, incluidas las fracturas y el dolor de los mismos (62).

En consecuencia se puede determinar que existe la remisión del cáncer de mama, cuando éste no se puede detectar en el cuerpo, mediante un examen físico ni pruebas por imágenes ni en los análisis de sangre, con

ausencia total de síntomas, es decir no hay evidencia de enfermedad. La incertidumbre de que la remisión pueda ser temporal o permanente, hace que la mayoría de las pacientes se sientan preocupadas o ansiosas, ante una posible reaparición de la enfermedad. Y estamos frente a un “cáncer recurrente” cuando la enfermedad se diagnosticó en estadio temprano y regresa post-tratamiento. El tratamiento en esta oportunidad dependerá de los siguientes factores: 1) tratamientos previos. 2) tiempo transcurrido desde el diagnóstico original. 3) lugar de recurrencia y 4) características del tumor.

Aunque las pacientes con cáncer recurrente sientan emociones de incredulidad o temor, muchas veces la enfermedad será controlable en varios años. Cuando el cáncer es metastásico, en general es incurable aunque se puede controlar durante un tiempo.

Por ende, una recurrencia se detecta cuando una persona tiene síntomas o un hallazgo anormal en el examen físico y/o en las imágenes. En general el cáncer de mama metastásico es incurable, a pesar de que se puede tratar y controlar durante largo tiempo, pero las opciones de tratamiento se vuelven muy limitadas y el cáncer será difícil de controlar. Por ello, en todos los estadios es necesario procurar el alivio de los síntomas y los efectos secundarios, para brindar apoyo a las pacientes en sus necesidades físicas, emocionales y sociales.

Por último el tratamiento con radioterapia, comprende la administración de haz externo que consiste en radiación que se aplica desde una máquina externa al cuerpo, para destruir las células cancerosas o impedir que estas crezcan, generalmente se usan para paliar los síntomas como el dolor.

En todas las pacientes de nuestro estudio se aplicó el protocolo usado en el Hospital Central FAP, según sus respectivos estadios. En general se aplica radioterapia diariamente durante un número determinado de semanas a fin de eliminar las células cancerosas restantes que están cerca del sitio del tumor, esto ayuda a disminuir el riesgo de recurrencia, disminuyendo a menos del 5%

en los 10 años posteriores al tratamiento, y la supervivencia por lo general es la misma con una tumorectomía que con una mastectomía.

Los efectos secundarios post-radioterapia suelen ser endurecimiento, hinchazón o decoloración de la piel de la región irradiada. La radioterapia se sigue recomendando como la opción estándar después de la cirugía conservadora y para ganglio centinela positivo. (62)

Se llama radioterapia intra-operatoria cuando se administra en el quirófano con radiación usando un catéter. Cuando se colocan fuentes radioactivas en el tumor se llama braquiterapia. Suelen administrarse en tratamiento de cánceres pequeños, sin evidencia de diseminación a los ganglios.

En este sentido, todas las pacientes del estudio recibieron una dosis de 5000 CGYS en un plazo de 5 a 6 semanas con un total de 25 sesiones. Sólo dos de las pacientes presentaron efectos secundarios.

*con "engrosamiento bilateral de la piel" y eritema con ampollas desfaceladas, muy dolorosas. Mc-3*

*con "Dermatitis actínica" en grado moderado a nivel del surco mamario. Mc-1*

Por esta razón el cuidado de enfermería y los equipos especiales pueden facilitar que la paciente permanezca en su casa, mejorando la comodidad física, facilitando que disminuya el dolor, estando siempre acompañada de sus familiares y amigos queridos, mostrando mayor aceptación a su tratamiento así como en su nutrición y otras terapias.

Asimismo, las pacientes con cáncer avanzado y con una expectativa de vida inferior a los 6 meses pueden considerar un tipo de cuidados paliativos, llamados "cuidados para enfermos terminales". Los cuidados para enfermos terminales están pensados para proporcionar la mejor calidad de vida posible para las personas que están cerca de la etapa final de vida. Se le recomienda a la paciente y a su familia que piensen dónde estará más cómoda: en su hogar, en el hospital, etc. Para su administración se usan protocolos en relación a los distintos estadios del mismo. (57)

En esta variedad de tratamientos de índole quirúrgica, quimioterapia o radioterapia recibidos por las sujeto de estudio, existen otros que anhelan recibir para fortalecer su calidad de vida, relacionado con su estado emocional, el cual influye directamente en su salud y en la forma en cómo ellas sobrellevan su problema, necesariamente cuando afecta también su bienestar mental y social; de esta manera no se debe olvidar que es fundamental para el profesional de salud conocer y comprender las necesidades psíquico y emocional de estas mujeres, porque cuando son aliviadas mejora así su bienestar en todas las dimensiones, por ello conviene considerar su apelación y su:

### **3.2 Reclamo de apoyo psicológico y de fisioterapia**

La mayoría de mujeres afectadas de cáncer de mamá, también apelaron a la investigadora sobre el requerimiento de apoyo psicológico así como la fisioterapia, la cual si bien es cierto alguna de ellas la ha recibido por tener antecedentes de personalidad obsesiva y tendencia a la depresión, todavía no está incluido en el Hospital Central FAP como parte del tratamiento multidisciplinario del equipo de salud, para las pacientes de cáncer de mama.

Sin embargo, después del tratamiento quirúrgico, en la mayoría de los casos, constituye un nuevo evento vital estresante al que las pacientes de cáncer de mama deben hacer frente. Hay evidencia de que los tratamientos quirúrgicos radicales –tanto si van seguidos de reconstrucción como no– conllevan una mayor morbilidad psicológica y conductual que las cirugías conservadoras. (53) Se ha observado que algunas mujeres ante la pérdida de una mama se sienten menos femeninas. (54)

Pero toda rehabilitación física, especialmente en el caso de cáncer de mama, ayuda a la mujer a obtener el mejor funcionamiento físico, social, psicológico y laboral durante y después del tratamiento, cuyo objetivo es ayudarle a recobrar el control sobre muchos aspectos de su vida y a permanecer tan independiente y productiva como sea posible. Se ha

demostrado en muchos estudios que es una ayuda para las mujeres saber a quién poder recurrir ante crisis emocionales o terapias alternativas de apoyo (62)

*"... necesidad e importancia de poder tener una ayuda psicológica y espiritual... Mc7*

*"...el oncólogo me aconsejó una entrevista con el médico psiquiatra, la misma que hasta la fecha no he aceptado. Mi hija insiste para que vaya a una cita con el psicólogo con el objeto de facilitar luego la ayuda del psiquiatra..." Mc3*

*"...Sugiero al cirujano , la necesidad de una ayuda psicológica inmediata para no demorar más de un mes cuando dicha cita fue solicitada por el médico oncólogo al recibirme para iniciar la QT, aunque no la quise aceptar..."Mc6*

Los discursos vertidos por las mujeres participantes increpa la necesidad de ayuda psicológica, ayuda que tarda en venir primero por no estar del todo implementada en la Institución hospitalaria; posibilidad que permite que las interconsultas a esa área tarden y además la resistencia de la propia mujer a recibirla.

La circunstancia de una personalidad Resistente se refiere a las cualidades que transmiten la idea de protección frente a los inevitables estresores de la vida cotidiana, estas pacientes reaccionan con una menor intensidad emocional ante los cambios en la apariencia física, siendo capaces de movilizar y optimizar los recursos existentes para aceptar el cambio y superar las limitaciones que estos conllevan. (67)

Con relación al apoyo psicológico, este puede ser individual y grupal. Una combinación de ambos suele funcionar mejor. Las sesiones individuales con un psicólogo ayudan a recalcar la comprensión y modificación de los patrones de pensamiento y de conducta. Y el tratamiento psicológico en grupo con otras pacientes que tienen la misma enfermedad, da la posibilidad de brindar y recibir apoyo emocional y aprender de las experiencias de las demás para que se adapten mejor a su diagnóstico, a sobrellevar el tratamiento y aceptar el impacto de la enfermedad en sus vidas. También la ayuda psicológica se concreta en la resolución de problemas a medida que las mujeres enfrentan un nuevo desafío y son imprescindibles para ayudar a tener una buena calidad de vida en la persona afectada.

Si, cabe la esperanza, a través de opciones y/o alternativas, componente importante en la medicina integral, que demanda por parte de todo el personal de salud que trabaja en una unidad de oncología, además de la competencia técnica una gran sensibilidad humana y sólida formación ética, dando un tratamiento individual que transmita seguridad y confianza con un sentido positivo de la vida, en contenido e intensidad como proceso de lucha en la adaptación a la enfermedad. (68)

Al llegar a este punto, es importante mencionar el desarrollo de la Psico-oncología, cuyo campo interdisciplinar, comenzó hace 30 años como sub-especialidad para ayudar en el tratamiento de los pacientes con cáncer, a sus familiares y en general al personal de salud que se dedica a su cuidado, con la finalidad de poder ofrecer un óptimo bienestar, pues la actitud del enfermo es fundamental para facilitar una mejor "calidad de vida" y contar con los recursos del apoyo moral, social y espiritual de su entorno. (69)

Por el contrario, el distanciamiento y huida es mayor en las pacientes que provienen de estado socio económicos más humildes y con menor nivel de educación, al tener menos recursos para su tratamiento, enfrentando mayores dificultades y molestias en la enfermedad y sobre ello, es necesario intervenir fomentando el apoyo psicológico individual o en grupo oportuno. (66)

Apoyo que no cabe duda ayudará según el tipo de "personalidad", así como una serie de variables como son: edad, nivel cultural, situación laboral, socio-económica, estadio de la enfermedad, expectativas del pronóstico, confianza o no en el tratamiento a seguir, ¿si será o no efectivo?, etc., generan todo un proceso de "adaptación" a la nueva realidad, por lo que se ha demostrado el beneficio de la ayuda psicológica.(70), sin dejar de lado el apoyo que para la mujer puede ser el esposo:

*"...habría sido de mucha ayuda haber tenido la oportunidad de contar con el apoyo y compañía de mi esposo, que habría facilitado un mejor afrontamiento con un menor temor ante la enfermedad y en evitar otra gestación...". Mc1*

En su aspecto afectivo, es importante la compañía sentimental del esposo, para proporcionar comprensión y cariño a la esposa afectada de cáncer. Si el impacto psicológico ante un diagnóstico de cáncer de mama es grande, todavía es mayor si se añade a este diagnóstico la posibilidad de una gestación. Por ello, la participante en el estudio reta la presencia del esposo para afrontar debidamente la enfermedad.

La vida marital de los esposos forma parte del compromiso conyugal, adquirido al contraer matrimonio, por ello tener cáncer, preocupa a la mujer con reciprocidad a las relaciones sexuales con posibilidad de otra gestación, y como deber con el esposo. Aquí es donde el apoyo psicológico es fundamental para guiar y formar sobre el significado de la verdadera sexualidad, cuya riqueza encierra a toda la persona en cuerpo y espíritu con capacidad para entrar en comunicación y en relación con el ser querido, de manera especial cuando uno de los conyugues está afectado de cáncer.

De ahí que, la sexualidad tiene una función socializante porque esta provista de un impulso de salir del propio ser para entrar en comunicación y sucesivamente en común-unió con los demás. En este sentido, la sexualidad humana expresa y realiza la necesidad de la persona de salir de su propia soledad y comunicarse con el esposo para amar y ser amada.

También se ha observado que las mujeres que se dedican solo al trabajo y cuidado de su hogar, asumen la responsabilidad de sostener el bienestar de su familia, lo que les facilita se sientan más optimistas y confiadas en su tratamiento pues necesitan estar "sanas" para poder seguir cuidando de todo y de todos.

Cabe mencionar en esta subcategoría que, para las pacientes con enfermedad en etapa terminal, una unidad de soporte integral sería lo ideal para que el apoyo psicológico no se omita; ésta se caracteriza por ser una atención multidisciplinar y personalizada, trata cualquier necesidad física con la finalidad de aliviar el nivel de malestar que pueda sentir la persona. También se abocan a los aspectos psicológicos y emocionales, tanto del paciente como de su familia, ayudándoles a prepararse para afrontar estas

duras circunstancias. Dicho equipo ni acelera ni retrasa el proceso de la enfermedad. Intentan minimizar el sentimiento de angustia y ansiedad, tratando de evitar los miedos y la carga emocional negativa que conlleva el final de la enfermedad. (20)

Igualmente son aconsejables los tratamientos preventivos basados en el apoyo emocional y en el consejo psicológico para ayudar la aceptación e integración de una nueva imagen corporal. Respecto a lo expuesto, podemos confirmar que la ayuda del psicólogo para el tratamiento del cáncer de mama está indicada desde el momento del diagnóstico hasta después de la intervención quirúrgica, cuando la mujer se ve con una parte de la mama extirpada o sin ella. También el temor a la “recidiva”, se ha observado que la presentan todas las pacientes de nuestro estudio, así como la preocupación por los distintos síntomas: cansancio, dolores articulares, tiempo y/o calidad de vida. La aceptación a las secuelas de los distintos tratamientos y efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia hacen que sea necesario que tengan además una ayuda familiar y social respectivamente.

Por su parte, el sistema médico convencional, como sucede en el Hospital Central FAP, no contempla, incluidas como necesarias, las cuestiones psicológicas ni emocionales a todas las pacientes de cáncer de mama, por lo que es difícil para ellas afrontar la preocupación del diagnóstico y los tratamientos de manera adecuada, de allí que su reclamo sea imperativo y necesario a tener en cuenta, pues existen mujeres curadas: con estadios I y II de la enfermedad pero temerosas de vivir.

Por ello, la mitad de las pacientes del estudio también quieren conocer y recibir fisioterapia

*“...falta de información para poder tener una atención adecuada en fisioterapia...” Mc1*

*“... falta de ayuda de fisioterapia.”...Mc4*

*“... habría sido una gran ayuda que hubiera tenido fisioterapia post quirúrgica...”Mc5*

*“... necesidad de poder recibir una adecuada terapia física...” Mc8*

La terapia física ha demostrado ser una gran ayuda para las pacientes antes del tratamiento quirúrgico, como preventivo, así como en el post operatorio inmediato y en otros casos cuando la cicatriz ya está cerrada en las pacientes mastectomizadas, para evitar la retracción de los tejidos. En general todavía hay un desconocimiento de dicho tratamiento post mastectomía, ya que existe poca demanda de profesionales especializados en los servicios de rehabilitación física para que puedan brindar dicha atención. A pesar que en el ámbito sanitario se conoce de dicho tratamiento la mayoría de médicos no la prescriben.

Los efectos secundarios que pueden aparecer post mastectomía son: Limitación de la movilidad en el miembro superior del lado afectado. Linfedema: cuando la mastectomía es total con vaciamiento ganglionar axilar, la posibilidad de presentar un linfedema es bastante alto, por lo que es necesario recibir terapia para controlar la regresión de dicha complicación, pues no es un problema de resolución espontánea, pero se puede prevenir su progresión y múltiples complicaciones con la "linfo cinesiterapia", con ejercicios específicos para favorecer el retorno de la sangre venosa y el flujo de la linfa a sus respectivos conductos.

Los ejercicios se pueden efectuar tanto para prevenir dicha complicación, como cuando esta ya se ha presentado. Una vez que la paciente sabe practicar los ejercicios, los puede hacer sin necesidad de ayuda especial.  
(63)

El requerimiento de fisioterapia es necesario considerarlo en el servicio de rehabilitación física del Hospital FAP, ya que se ha demostrado su eficacia en las pacientes que con mayor o menor grado de limitaciones les ha ayudado a superarlas para poder integrarse en las mejores condiciones de salud, a sus respectivos trabajos.

Junto al apoyo psicológico y de fisioterapia también está la familia como soporte afectivo y la fe que profesa dicha familia ante la mujer afectada de cáncer

*“...La circunstancia de mi familia unida y con mucha fe, me ha ayudado a estar tranquila...”*  
Mc2.

Se ha observado que las creencias espirituales, constituyen una gran fortaleza a las dificultades que puedan presentarse, mejorando la calidad de vida. La dimensión religiosa y/o espiritual debe ser considerada importante ya que permite a las pacientes descubrir un nuevo sentido a su vida, a la enfermedad y a su posible desenlace, aumentando la tolerancia de la misma. (59). Es así como al tener firmeza en la fe la conciencia se adhiere y es capaz de comunicarse con Dios para implorar, consuelo apoyo y curación.

La dimensión espiritual representa la dimensión más noble y trascendental de la persona y Torralba (71), la define en su núcleo más profundo ya que intenta ordenar y priorizar sobre: el sentido de la vida, los valores superiores, la trascendencia y el sentido último de la vida, es decir; forma parte constitutiva de la persona humana. Así mismo esta dimensión es el conjunto de aspiraciones, convicciones, valores y creencias capaces de organizar en un proyecto unitario la vida del hombre, causando determinados comportamientos. (72)

En cuanto a la manifestación de la dimensión espiritual, ésta se da a través del pensamiento, los sentimientos, los juicios y la creatividad, entre otros. Por consiguiente la persona puede dar y recibir amor; responder y apreciar a Dios, a otras personas y apreciarse a sí misma, puede valorar el contexto, o encontrar algo revelador en las experiencias.(73)

Aspecto que algunas pacientes del estudio descubrieron al tener un diagnóstico con la posibilidad de encaminarlas a la muerte.

## CONSIDERACIONES FINALES

- La información del diagnóstico fue de modo directo, frontal y escueto.
- Los distintos modos de percibir el diagnóstico dado por el médico, para algunas, fue de insatisfacción por la falta de tiempo para resolver sus dudas.
- La recepción de la información fue a través de distintas vías y en general fue dada por el médico.
- Las distintas reacciones de las pacientes al recibir la información fueron de negación, depresión y, en las mujeres más positivas, fue de aceptación.
- Todas fueron intervenidas quirúrgicamente con tratamiento posterior de radioterapia.
- Con todas las pacientes se aplicó el protocolo usado por el Hospital Central FAP.
- Las pacientes reclamaron la necesidad de recibir soporte psicológico, asistencia espiritual y tratamiento de fisioterapia.

## RECOMENDACIONES

### **Para los médicos del Hospital FAP.**

- Orientar en la importancia del autoexamen de mama y la necesidad del estudio mamográfico a partir de los 40 años.
- Que la información brindada sea holística y proporcione expectativas de recuperación.
- Recomendar a la paciente que sea acompañada por un familiar en las consultas post-diagnóstico
- Dar información sobre los distintos modos de apoyo: psicológico, espiritual y de fisioterapia para un mejor restablecimiento de su salud.
- Crear una unidad de patología mamaria (UPM), interdisciplinaria en el Hospital Central FAP, con la finalidad de optimizar el diagnóstico temprano, administrando un tratamiento personalizado para conseguir una mejor calidad de vida en las pacientes durante los años de su enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE CÁNCER DE MAMA. Detectan falta de información en casos de cáncer de mama. (Consultado el 05.10.13). Disponible en: <http://www.farodevigo.es/sociedad-cultura/2013/02/05/detectan-falta-informacion-casos-cancer-mama/752366.html>.
2. PONCE, Jaime. Casos de cáncer de mama llegan avanzados por la falta de prevención. El Comercio, 19 de Octubre del 2009. (Acceso el 05 de octubre del 2013. Disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/357066/noticia-casos-cancer-mama-llegan-avanzados-falta-prevencion>
3. PUJOL Xavier. Las europeas quieren implicarse más en el tratamiento del cáncer de mama. Acceso, el 20 de febrero del 2013. Disponible en: [http://elpais.com/diario/1999/07/26/sociedad/932940008\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1999/07/26/sociedad/932940008_850215.html)
4. ACUÑA Sergio; ANGARITA Fernando “Cáncer De Seno: De la epidemiología al tratamiento” pág. 344. Acceso el 19 de marzo del 2013. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/universitas/serial/v49n3/4.%20Cancer.pdf>.
5. Observatorio del Cáncer. Asociación Española Contra el cáncer. aecc y el Instituto de Salud Carlos III. Onco Barómetro, percepción y conocimiento de factores de riesgo de cáncer. Mayo 2012. Acceso el 20 de marzo del 2013. Disponible en: [https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/OncoBarometro\\_conocimiento\\_factores\\_riesgo.pdf](https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/OncoBarometro_conocimiento_factores_riesgo.pdf)

6. BASCUÑANA GARRIDO BLANCA. Fisioterapia en cáncer de mama: nivel de información en pacientes y personal sanitario Murcia .España. Disponible en:  
<http://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-cancer-mama>
7. VALDIVIA G, BASTÍAS G. Epidemiología del cáncer en Chile. Boletín de la Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (Chile) 1994; 23: 45-49
8. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA INEI. Disponible en:  
<http://www.inei.gob.pe/>
9. HUERTA, ELMER: 'El cáncer de mama en el Perú tiene dos caras'. Disponible en: [http://www.rpp.com.pe/2012-10-22-dr-elmer-huerta--el-cancer-de-mama-en-el-peru-tiene-dos-caras-noticia\\_533142.html](http://www.rpp.com.pe/2012-10-22-dr-elmer-huerta--el-cancer-de-mama-en-el-peru-tiene-dos-caras-noticia_533142.html).
10. FERRO, TÁRCILA Y PRADES, JOAN. Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia. 1a ed. Barcelona: FECMA; 2013. (Consultado 05 de octubre del 2013). Disponible en:  
<http://www.gamisassociacio.org/docs/publicacions/2013-guia.pdf>.
11. GARCÍA-ARROYO J. DOMÍNGUEZ-LÓPEZ M. El problema de la comunicación del diagnóstico en medicina. Acceso 22.06.2014. Disponible en:  
[http://www.researchgate.net/publication/268074947\\_El\\_problema\\_d\\_e\\_la\\_comunicacin\\_del\\_diagnostico\\_en\\_medicina](http://www.researchgate.net/publication/268074947_El_problema_d_e_la_comunicacin_del_diagnostico_en_medicina)
12. BLANCO SÁNCHEZ, RAFAELA: Información recibida por las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Rev. Avances de enfermería, Barcelona 2011; vol, XXIX (1): 13-21. Accesado (05 de octubre del 2013). Disponible en:  
[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxix1\\_2.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxix1_2.pdf)
13. BARRETO DE CASTRO T., LAVINAS M., DE ALMEIDA A. M., CARVALHO A.F. Rev. Escuela de Enfermeras USP Internet 2010.Mar. [acceso 11-mayo-2013]; 44 disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100016>.

14. MÁRQUEZ, E. La Percepción de la personalidad un concepto. 1era. Ed. Madrid: Días De los Santos S.A; 2000.
15. VARGAS, L. La percepción como un proceso cognitivo. 1ra ed. Buenos aires: Macchi Grupo Editor; 2003.
16. VARGAS SÁNCHEZ. Los conocimientos de los grupos humanos. 5ta ed. Madrid: Marturil; 2003.
17. MORALES. F.; Moya M. La psicología social. 1ra ed. Argentina: Granada; 1996.
18. PÉREZ A. La percepción, comportamiento humano en un Ámbito laboral. 1ra ed. Bogotá: Santafé. Universidad de Antioquia; 2002.
19. ROTH, BRITAIN G. "Health information for patients: the hospital libraries role". Bulletin of Medical Library Association, vol. 66, n. 1, p. 14–18.1978. Consulta: 06.10.2014. Disponible en:  
<<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=225292>>.
20. ASTUDILLO W., MENDINUETA C. Y ASTUDILLO E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención de su familia. Pamplona: Univ. de Navarra; 1995:43.
21. HERNÁNDEZ YÁÑEZ, JUAN (1998). "La calidad como imperativo ético". En: Congreso Mayores, empleo y gestión. Bilbao: Cáritas: Fundación Aspaldiko, p. 1–13. 1998. Consulta el 26.06.2015. Disponible en:  
<<http://www.sc.ehu.es/svwkalit/Documentos/La%20calidad%20com o%20imperativo%20etico.pdf>>.
22. PIRE TANIA; GRAU JORGE; LLANTA MARÍA del C. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Información médica al paciente oncológica. Rev Cubana Oncol 2001;17(2):105-10. Acceso el 10 de Abril del 2013. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17\\_2\\_01/onc07201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17_2_01/onc07201.htm).

23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. Acceso 29.02.2015. Disponible en:  
[www.ffis.es/ups/documentacion\\_ley\\_3\\_2009/Declaracion\\_promocion\\_derechos\\_pacientes\\_en\\_Europa.pdf](http://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Declaracion_promocion_derechos_pacientes_en_Europa.pdf).
24. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Oficina Regional para Europa. WHO/Europe. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Acceso 02.03.2014. Disponible en:  
<<http://www.paho.org/English/AD/SDE/HS/OttawaCharterEng.pdf>>.
25. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ 1993, Cap. I. Derechos Fundamentales de la persona. Acceso 24.07.2015. Disponible en:  
<http://portal.jne.gob.pe/informacionlegal/Constitucion%20y%20Leyes1/CONSTITUCION%20POLITICA%20DEL%20PERU.pdf>
26. LEY GENERAL DE SALUD. Título I de los derechos y responsabilidades concernientes a la salud individual. Art.5°. Acceso el 24.07.2015. Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
27. CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ Cap. 6 Art. 42° Acceso 28 /07/13. Disponible en:  
[http://www.cmp.org.pe/doc\\_norm/codigo\\_etica\\_cmp\\_OCT-2007.pdf](http://www.cmp.org.pe/doc_norm/codigo_etica_cmp_OCT-2007.pdf).
28. PÉREZ J, SOTO S. Carcinoma ductal in situ de la mama. Análisis del periodo 1998-2002 en el Hospital Clínico Regional de Valdivia. Rev. Cuadernos de Cirugía (Chile) 2003; 17: 23-29.
29. ROBBINS Y COTRAN. Patología estructural y funcional. 8ª ed. Barcelona: EISEVIER, 2012, p. 1077-78.
30. CABALEIRO G.M. Temas Psiquiátricos. Algunas cuestiones psicopatológicas generales. Vol. 2 Madrid: Paz Montalvo; 1966.
31. ORTEGA Y GASET J. Vitalidad, Alma y Espíritu. En: Obras completas. Madrid: Revista de Occidente. 1962.

32. GARCÍA A.J.M. DOMINGUEZ L.M.L. Reacciones psicológicas de la mujer ante el diagnóstico de cáncer de mama. An. Psiquiat. 2009; 25(6): 287-294.
33. POLIT D. Investigación científica en Ciencias de la Salud: Principios y Métodos. México: Mc Graw Hill; 2001.
34. DE SOUZA Minayo, Maria Cecilia, Investigación Social: teoría método y creatividad. 1º edición. Edi. Lugar. Buenos Aires: 2003. Salking N. Métodos de Investigación. 3a edición. Prentice Hall: México; 1999.
35. TOJAR H. JUAN C., Investigación Cualitativa: Comprender y Actuar. La Muralla, Madrid, 2006.
36. HERNÁNDEZ S.R., FERNÁNDEZ C.C., BAPTISTA L.P., Fundamentos de metodología de la investigación. Editorial McGraw Interamericana. España: Madrid 2007 págs 408-439.
37. PEREZ SERRANO, G. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. II Técnicas y Análisis de Datos. 3a edición La Muralla, Madrid, 1998.
38. NORMAS LEGALES Para Garantizar El Ejercicio De La Bioética Desde El Reconocimiento De Los Derechos Humanos. Disponible en:  
<http://sistemas3.minjus.gob.pe/sites/default/files/documentos/difusionlegislativa/DS-N-011-2011-JUS-EL-PERUANO.pdf>.
39. SGRECCIA, E. Manual de Bioética, I, Ed. Diana, México 2009
40. TELLO C, GUTIÉRREZ N, PÉREZ C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Escuela de postgrado Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo. 2009.
41. ACEA NEBRIL BENIGNO. El proceso informativo sobre la indicación de la cirugía oncoplástica del cáncer de mama. Cir Esp. 2007;82(4):204-8. Acceso 24.02.15. Disponible en:  
[http://www.aecirujanos.es/revisiones\\_cirugia/2007/Octubre2\\_2007.pdf](http://www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2007/Octubre2_2007.pdf)

42. KNAUL FM, ARREOLA-ORNELAS H, LOZANO R, GÓMEZ-DANTÉS H. Numeralia de Cáncer de Mama, marzo 2011. México, D.F.: Fundación Mexicana para la salud, Tómalo a pecho; 2011. Acceso el 04 de marzo del 2014 Disponible en: <http://www.uv.mx/noticias/cancerdemama.pdf>
43. BLOOM D. BREAKAWAY: The global burden of cancer -challenges and opportunities. A report from the Economist Intelligence Unit Limited 2009. London: The Economist; 2009. Acceso el 20 de junio del 2014 Disponible en: <http://livestrongblog.org/GlobalEconomicImpact.pdf>
44. NEBRIL ACEA. El proceso informativo sobre la indicación de la cirugía oncológica del cáncer de mama Benigno. Servicio de Cirugía General A. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. Xubias de Arriba. A Coruña. España. 2007.
45. PÉREZ PICO VÍCTOR. Responsabilidad por omisión en el diagnóstico temprano de cáncer. REVISTA CAMES NO. 22. 2013
46. LÓPEZ GUZMÁN JOSÉ. Integridad en el ámbito profesional sanitario. Granada : Comares; 2013
47. GAMBOA BERNAL GILBERTO. El ser humano y su dimensión bioética. Bogotá: Unv. La sabana; 2014.
48. FERNÁNDEZ RUIZ M, LÓPEZ MEDRANO F, RÍOS BLANCO J. Manual CTO de medicina y Cirugía: Ginecología y Obstetricia, 8a ed. Madrid: Grupo CTO editorial; 2011. p. 64-65.
49. REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA: Versión On-Line ISSN 1684- 1824. Artículo algunas consideraciones bioéticas sobre la información apacientes de los resultados positivos de cáncer de mama en estudios mamográficos.
50. DE LA GARZA JAIME. "Casi todos los cáncer de mama se curan". El País. Domingo 13 de abril del 2014

51. STANTON AL.- Danoff – Burg S, Huggins ME: Artículo el primer año tras el diagnóstico del cáncer de mama: la esperanza y estrategias de afrontamiento como predictores de ajuste.
52. YEPES, RICARDO. Fundamentos de antropología : un ideal de la excelencia humana. 3a edi. Pamplona: Eunsa; 1998
53. FERREIRA MLSM, MAMEDE MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após a mastectomia. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2003; 11 (3): p. 67 - 79.
54. FERNANDES AFC, ARAÚJO IMA. Enfrentando o diagnóstico de câncer de mama: depoimentos de mulheres mastectomizadas. Fortaleza: editora UFC, 2005.
55. AGAZZI EVANDRO. ¿Qué significa planterarse el problema de la vida en la cultura actual? Colección centro disciplinario de bioética de la Universidad Panamericana. Volumen nº1 pad. 1. México. 2014.
56. GERMÁN GÓMEZ BERNAL Y ALEJANDRA REBORDA AMOEDO. Consideraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama. Acceso el 02 de abril del 2015. Accesible en: <http://www.boloncol.com/boletin-25/consideraciones-psicologicas-en-pacientes-con-cancer-de-mama.html>.
57. BREAST CÁNCER. Cáncer de mama: Tratamiento Aprobado por la Junta Editorial de Cancer.Net, 05/2014.
58. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER Estados Unidos. El estrés psicológico y el cáncer.2012. Acceso el 03.05.2015. Accesible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estres>.
59. SALAS ZAPATA C, GRISALES ROMERO H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2010;28(1):9–18.

60. GOTAY, C.C. Culture, cancer and the family. En L. Baider, C.L. Cooper y A. Kaplan De-Nour (eds.), *Cancer and the Family* (2ª ed.) (pp. 95-110). 2000. Nueva York: John Wiley & Sons.
61. BAIDER, L. Y WEIN, S. Reality and fugues in physicians facing death: Confrontation, coping and adaptation at the bedside. *Critical Reviews in Oncology-Hematology*, 2001. 40, 97-103.
62. CÁNCER.NET. Cáncer de mama: tratamiento. Acceso 22.04.2015. Disponible en:  
<http://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/tratamiento>.
63. SALUDEMIA.COM. La atención personalizada y un enfoque vitalista ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en fase avanzada. Acceso 07.08.2015. Disponible en:  
<http://www.saludemia.com/-/noticia-la-atencion-personalizada-y-un-enfoque-vitalista-ayudan-a-mejorar-la-calidad-de-vida-de-los-pacientes-oncologicos-en-fase-avanzada?id=425329>.
64. SEBASTIÁN, J., BUENO, MJ., MATEOS, N., Apoyo Emocional y Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de Mama. Instituto de la Mujer. Madrid (2003).
65. DENEVE, K., M & COOPER, H. The Happy Personality. A Meta-Analysis of 137 Personality traits and Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 124 (2) (1998), 197-229.
66. DIEVER, E., DISHI, S., & LUCAS, R.E., Personality, Culture and Subjective Well-being; Emotional and Cognitive Evaluation of Life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), (2008), 403-425.
67. PALACIO INCERA NOELIA. Aspectos psicológicos en el cáncer de mama. Acceso 18.05.2015. Disponible en:  
<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermedades-quirurgicas-de-la-mama/material-de-clase-1/Psicologia.pdf>
68. SANTIAGO REGO. Santander. En cáncer de mama falta apoyo psicológico y social. Acceso 24.08.2015. Disponible en:

<http://www.dmedicina.com/enfermedades/2001/07/05/cancer-mama-falta-apoyo-psicologico-social-9128.html>.

69. FERNÁNDEZ ANA. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Rev. Científica Complutense. Psicooncología. Vol. 1, Núms. 2-3, 2004, pp. 169-180. Acceso 11.04.2015. Disponible en:  
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120169A/16214>
70. RAICH RM. ¿Qué ES LA IMAGEN CORPORAL? En Raich RM, EDITOR. Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: ediciones pirámide 2000, p.17-26.
71. TORRALBA F. Antropología del cuidar. 1ra ed. Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 1998. Madrid.
72. BERMEJO J. Espiritualidad y mayores [Página de internet]. Santiago de Chile: Red Latinoamericana de Gerontología; 2005 [consultado el 29 Enero 2009]. Disponible en:  
<http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=432>.
73. SÁNCHEZ B. Dimensión Espiritual del Cuidado de Enfermería. En situaciones de cronicidad y muerte [Libro electrónico]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004. [Consultado: 23 de enero del 2009]. Disponible en:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/>

ANEXO 01

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES CON CANCER DE MAMA  
PARA PARTICIPAR DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que acepto participar en la investigación "PERCEPCIONES DE LAS MUJERES SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA RECIBIDA ACERCA DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA". Admito haber sido informada de los objetivos de la presente investigación de acuerdo con los fines que crea conveniente, por lo cual accedo a que la investigadora utilice la información, igualmente expreso por la información recibida que la investigación no me producirá daño alguno y que en todo momento se guardará confidencialidad de lo expresado en esta entrevista.

Lima, setiembre del 2013.

---

Firma del Informante

---

Firma de la investigadora

