

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MORÓN

Caracterización de pacientes diagnosticadas con afecciones mamarias.

AUTORA: Dra. Arachelis González Rodríguez. Residente de 2do año de la
Especialidad M G I

Ciego de Ávila, 2020

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MORÓN

Caracterización de pacientes diagnosticadas con afecciones mamarias.

(EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PRIMER GRADO
EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.)

AUTORA: Dra. Arachelis González Rodríguez. Residente de 2do año de la
Especialidad MGI.

TUTORA: Dra. Madelín Cañizo Quiñones Especialista 1er Grado en MGI.

INSTITUCION: Policlínico Docente Universitario "Raúl Ortiz Ávila" Ciro Redondo.

Ciego de Ávila, 2020

A g r a d e c i m i e n t o s



AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a todas las personas que hicieron posible mi culminación de estudios, en especial a:

- Mi mamá, que sin su apoyo no hubiera podido.
- Mi bebé, que es la fuerza para seguir adelante cada día.
- Mi esposo, que siempre me apoya.
- A mi tutor por apoyarme y ayudarme en este largo camino.

D e d i c a t o r i a



DEDICATORIA .

Dedico este trabajo a:

- Todos los médicos de Cuba que luchan para salvar vidas, que es nuestra misión fundamental en esta tierra.
- A mi país, por darme la posibilidad.
- Y a todos los que de una forma u otra han contribuido a la realización de este trabajo y a mi formación médica

P e n s a m i e n t o



PENSAMIENTO .

*... Nadie quiere convencerse de que
prever es ver antes que los demás...*

José Martí

Resumen



RESUMEN.

Las **Afecciones mamarias** constituyen un problema de salud pública

y es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica y en el ámbito mundial. Por tanto es prevenible y curable no se ha logrado en nuestro país reducir la mortalidad se encuentra en este momento actual entre los primeros 4 causas de muerte de cáncer de la mujer. El presente estudio es exploratorio descriptivo y se realizó en la Comunidad de Cacahual Viejo, tomando como objetivo: Caracterizar a las pacientes que han sido diagnosticadas con algún tipo de neoplasia de mama del CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo. El universo y/o población quedó conformado por 26 pacientes que han sido diagnosticadas con algún tipo de neoplasia de mama, pertenecientes al CMF # 6. Se trabajó con el total de la población, pues por lo reducido de su número no fue necesario determinar una muestra. Como principales resultados se obtuvo que: las edades con mayor índice de presencia de alguna neoplasia de seno son las superiores a los 30 años; se identificaron conductas negativas como la no realización del autoexamen de mama, la asistencia poco frecuente al Consultorio Médico de la Familia, el poco uso de sostén (ajustador) y la suspensión temprana de la lactancia materna, como consecuencia de la baja percepción de riesgo y el plan de acciones propuesto tiene como objetivo contribuir con la prevención temprana del cáncer de mama, a partir de las deficiencias detectadas en el contexto de la presente investigación.

Palabras claves: Cáncer de mama, prevención, percepción de riesgo

Índice



INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	5
1.1 El cáncer de mama: reto para la mujer actual.	5
1.2. Acerca del diagnóstico del cáncer de mama en la mujer... ..	7
1.3 Alternativas actuales para el tratamiento del cáncer de mama.	11
1.4 Etapa de supervivencia en el cáncer de mama.	14
MATERIALES Y MÉTODOS.	16
2.1 Principales dimensiones e Indicadores:	16
2.2 Métodos e Instrumentos de recogida de información:	17
2.3 Aspectos éticos:	18
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	19
3.1 Plan de acciones para aumentar la percepción de riesgo y la educación en general sobre el cáncer de mama de las pacientes del CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo.	22
CONCLUSIONES.	25
RECOMENDACIONES.	26
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	33

Introducción



INTRODUCCIÓN

Las afecciones mamarias El cáncer de mama

Constituye un problema de salud pública y es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica y en el ámbito mundial. Por tanto es prevenible y curable no se ha logrado en nuestro país reducir la mortalidad se encuentra en este momento actual entre los primeros 4 causas de muerte de cáncer de la mujer. El cáncer se caracteriza por un crecimiento descontrolado y la posterior diseminación de células anormales en el organismo, que invaden y dañan tejidos y órganos. La carcinogénesis o aparición del cáncer ocurre como resultado de dos procesos: primero, el aumento descontrolado de la proliferación de un grupo de células que dan lugar a un tumor o neoplasia y la posterior adquisición de estas de capacidad invasiva, que les permite diseminarse desde su sitio natural en el organismo, colonizar y proliferar ⁽⁶⁴⁾.

En el mundo cada año mueren 6.7 millones de personas de cáncer, se diagnostican 10.9 millones de casos nuevos, y se calcula que existen 24.6 millones de personas que viven con la enfermedad. Si la tendencia continúa como hasta ahora, el número de casos nuevos de cáncer podría pasar de 10.9 millones a 16 millones en 2020, casi un incremento del 50 %, de ellas dos tercios vivirán en países en desarrollo o en países de industrialización reciente, y morirán de cáncer 10.3 millones de personas ⁽⁴⁷⁾.

El cáncer mamario, en el cual se desarrollan células cancerosas en los tejidos de la mama, es la neoplasia más frecuente en la mujer a nivel mundial, responsable aproximadamente de uno de los 10 millones de neoplasias diagnosticadas cada año en ambos sexos. Se manifiesta como un nódulo palpable diferente al resto del tejido de la mama que se localiza en cualquier parte del seno y tiende a crecer rápidamente sin dolor.

La tasa de incidencia es más alta en los países desarrollados (excepto Japón), y Estados Unidos presenta la mayor incidencia ⁽³²⁾. Es la segunda causa de muerte relacionada con cáncer entre las mujeres de América del Norte y Europa Occidental; de las mujeres estadounidenses serán diagnosticadas 13 % con este tipo de neoplasia durante su vida y más de 3 % morirán de esta enfermedad, lo cual representa más de

400 000 muertes por año ⁽³⁰⁾. Ya resulta irónico que una neoplasia que nace en un órgano de tan fácil acceso a la exploración continúe cobrando un tantas vidas ⁽²⁶⁾.

En el mundo cada año mueren 6.7 millones de personas de cáncer, se diagnostican 10.9 millones de casos nuevos, y se calcula que existen 24.6 millones de personas que viven con la enfermedad. Si la tendencia continúa como hasta ahora, el número de casos nuevos de cáncer podría pasar de 10.9 millones a 16 millones en 2020, casi un incremento del 50 % , de ellas dos tercios vivirán en países en desarrollo o en países de industrialización reciente, y morirán de cáncer 10.3 millones de personas ⁽⁴⁷⁾.

La tasa de incidencia es más alta en los países desarrollados (excepto Japón), y Estados Unidos presenta la mayor incidencia ⁽³²⁾. Es la segunda causa de muerte relacionada con cáncer entre las mujeres de América del Norte y Europa Occidental; de las mujeres estadounidenses serán diagnosticadas 13 % con este tipo de neoplasia durante su vida y más de 3 % morirán de esta enfermedad, lo cual representa más de 400 000 muertes por año ⁽³⁰⁾. Ya resulta irónico que una neoplasia que nace en un órgano de tan fácil acceso a la exploración continúe cobrando un tributo tan alto ⁽²⁶⁾.

En el 2019 en Cuba los tumores malignos ocuparon, igual que el año anterior, la primera causa de muerte, con 23758 defunciones, representando 17.6 años de vida potencialmente perdidos. En Villa Clara fue la segunda causa de muerte, después de las enfermedades del corazón, en cuanto a la morbilidad se detectaron 1945 nuevos casos, siendo la segunda provincia en el país, después de La Habana, con mayor número de casos de cáncer en la mujer ⁽⁴⁾.

Se considera que el riesgo aumenta con la edad y el mayor número de casos nuevos se concentra en el grupo comprendido entre 30 y 55 años, diagnosticándose los mayores porcentajes en estadios avanzados.

La tasa de morbilidad ha crecido más rápidamente que la de mortalidad, vinculado a tratamientos más eficientes, lo que redundo en mayor índice de sobrevivencia de las pacientes, muchas de las cuales logran una evolución favorable después del tratamiento de elección, aunque siguen apremiadas por sus temores ⁽⁴⁾.

Si todas estas cifras son alarmantes, más preocupante es que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúe siendo difícil de lograr, y a ello se suma el enorme impacto psicológico que ocasiona esta enfermedad en la mujer. En la práctica clínica se aprecian en las supervivientes con cáncer de mama síntomas de ansiedad,

depresión, disminución de la autoestima, transformaciones en la autovaloración asociados a los cambios que se producen en su imagen corporal, temor a la muerte, desesperanza, dificultades en las relaciones interpersonales de la paciente, en la esfera laboral, social y familiar, con un efecto especial en la sexualidad y las relaciones de pareja, entre otros aspectos, que demuestran la repercusión psicosocial, tanto de la enfermedad como de los tratamientos aplicados, que se caracterizan por ser dolorosos, mutilantes y agresivos.

Por su parte la Comunidad de Cacahual Viejo, donde se realiza el presente estudio, posee 107 mujeres pertenecientes al Consultorio del Médico de la Familia (CMF), las cuales no poseen una alta percepción de riesgo sobre el peligro que representa no revisarse los senos con cierta periodicidad. Esta situación está dada, y así se refiere en el diagnóstico de la comunidad realizado cada año, en gran medida a los bajos índices de escolaridad propios de zonas rurales de nuestro país, a las creencias erróneas relacionadas con la frase "eso a mí no me va a pasar", y también al descuido de visitar al CMF frecuentemente alegando que no tienen tiempo. Estas condiciones socioculturales han incidido en gran medida en la aparición de una alta incidencia de casos de mujeres que han presentado alguna afección como la presencia de nódulos, quistes y hasta el propio cáncer de mama. En total durante el 2019 sumaron 26 mujeres las que han sido diagnosticadas con algún tipo de neoplasia y remitidas para estudios más profundos. La mayoría de las neoplasias detectadas se encontraban en estadios avanzados debido a la propia baja percepción de riesgo que hace que no se pueda diagnosticar en estadios menores donde quizás su tratamiento pueda ser menos invasivo y las consecuencias menos nefastas.

Ante la situación antes descrita y luego de revisar bibliografías relacionadas con el tema, investigaciones afines y el ASIS, se propone realizar una investigación relacionada con lo planteado anteriormente, precisándose como **problema científico**:
¿Qué elementos caracterizan a las pacientes diagnosticadas con afecciones mamarias del CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo?

Para dar respuesta al problema científico presentado se propone el siguiente **Objetivo General**:

Caracterizar a las pacientes que han sido diagnosticadas con afecciones mamarias del CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo.

En consecuencia y para desarrollar el objetivo general se proponen los siguientes objetivos específicos:

1. Fundamentar los sustentos teóricos relacionados con las afecciones mamarias.
2. Distribuir a las pacientes diagnosticada con las afecciones mamarias según: grupo de edad y nivel escolar, factores de riesgo modificables y no modificables presentes, clasificación de las afecciones diagnosticadas, nivel de información acerca de la asociación de factores de riesgo y afecciones mamarias y técnica de autoexamen de mama
3. Proponer un plan de acciones para elevar la percepción de riesgo y prevención del cáncer de mama.

M a r c o T e ó r i c o



MARCO TEÓRICO

1.1 afecciones de mama El cáncer de mama: reto para la mujer actual.

Nuestro organismo está constituido por 30 billones de células que se relacionan entre sí, formando los tejidos del cuerpo humano, y crecen reguladas por factores complejos; cuando se alteran estas reglas de crecimiento controlado, surge el cáncer. Esta enfermedad crónica se conoce desde tiempos muy remotos; existen evidencias de su existencia en humanos desde la época de la antigua civilización egipcia debido a los hallazgos encontrados en las autopsias de algunas momias, así como en jeroglíficos y manuscritos. Hipócrates fue el primero en describir esta enfermedad dándole el nombre de "kankros", palabra griega que significa cangrejo, por su similitud con este animal en cuanto a la forma en que atrapa y destroza a sus presas. Definió su grave pronóstico, estableció las bases epidemiológicas, y describió por vez primera la influencia del medio ambiente sobre la enfermedad ⁽³⁶⁾.

El *cáncer* es una proliferación celular desordenada debido a la pérdida de los mecanismos normales de control, que da como resultado un crecimiento desordenado, ausencia de diferenciación, invasión tisular local y, con frecuencia, metástasis ^(16, 17).

Benítez plantea que es una enfermedad de etiología multifactorial discutida, donde pueden jugar un papel importante la edad, el sexo, la raza, y la herencia, así como que se reconoce la presencia de factores de riesgo tales como las dietas, los estilos de vida y el medio en general, incluyéndose las infecciones por microorganismos, los que actúan sobre el genoma de las células como iniciadores o promotores tumorales en la transformación celular. Se plantea que la herencia y el ambiente son dos puntos de lo que se considera el espectro en cuyo centro se sitúan las causas de la mayor parte de las neoplasias encontradas. Precisamente una de las neoplasias malignas más frecuentes en la mujer es el cáncer de mama. Es una afección en la cual se forman células malignas en los tejidos de la mama. La mama está compuesta por lóbulos y conductos. Cada mama tiene de 15 a 20 secciones llamadas lóbulos, las cuales comprenden secciones más pequeñas denominadas lobulillos. Los lobulillos terminan en docenas de bulbos minúsculos que producen la leche materna. Los lóbulos, los lobulillos y los bulbos están conectados por tubos delgados denominados conductos ⁽²²⁾.

En particular el cáncer de seno consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular entre los conductos delgados que conectan a modo de ramas de un árbol los racimos de lóbulos y lobulillos que componen la glándula mamaria ⁽²⁵⁾.

Diversas han sido las teorías que han estudiado la génesis de esta enfermedad tan común en nuestro medio, las que apuntan a la presencia de diversos elementos ⁽²³⁾, existiendo ciertos factores de riesgo comprobados que predisponen a su desarrollo, definiéndolos como las características biológicas, económicas, sociales o psicológicas que hacen a una persona o población tener mayor o menor probabilidad de padecer determinada enfermedad, los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama en la mujer son ⁽⁵⁰⁾:

- Edad: Por encima de los 40 años.
- Nulíparas.
- Primer parto después de los 30 años de edad.
- Ausencia de lactancia materna.
- Menarquía temprana (menor de 10 años).
- Menopausia tardía (mayor de 55 años).
- Obesidad posmenopáusica.
- Tratamiento estrogénico prolongado en la posmenopausia.
- Antecedente de hiperplasia atípica por adenosis mamaria.
- Antecedente personal de cáncer en mama, endometrio u ovario.
- Antecedente familiar cercano de cáncer mamario (factores hereditarios familiares, fundamentalmente la línea materna).
- Factores ambientales: Región de nacionalidad; dieta rica en grasa animal y pobre en fibra vegetal; alcohol; estrés; consumo prolongado de medicamentos: antidepresivos, antihipertensivos; radiaciones ionizantes.

Se conoce que el cáncer de mama afecta con mayor probabilidad a mujeres por encima de los 40 años y esta posibilidad aumenta en la década de los 50 y los 60 años, aunque existen tendencias actuales de aparición en mujeres más jóvenes. En varios estudios se constata que al momento del diagnóstico el mayor número de mujeres

afectadas tienen 50 años y más, guardando relación con los factores hormonales que inciden en la patogenia de la enfermedad ^(44, 54). Se ha demostrado que una de cada 14 a 16 mujeres cubanas podrá presentar cáncer de mama en algún momento de su vida, y que es más frecuente entre los 45 y 65 años de edad ^(12, 19, 20, 21, 48).

1.2. Acerca del diagnóstico del cáncer de mama en la mujer...

La prevención más eficaz del cáncer de mama es su detección precoz, y por ello la exploración de las mamas, de forma periódica, es fundamental. Además a partir de los 50 años, y antes si existen factores predisponentes familiares, se debe realizar la mamografía, para detectar pequeños tumores que pueden pasar desapercibidos en la exploración. El diagnóstico temprano del cáncer de mama es una premisa importante para el pronóstico de esta enfermedad; existen tres métodos que pueden ayudar en este sentido: el autoexamen de mama, el examen clínico anual de las mamas, y la pesquisa utilizando la mamografía.

Por estos motivos en nuestro país cobra vital importancia el *Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama*, implantado de manera paulatina desde 1987: el mismo conjuga los 3 métodos diagnósticos más utilizados a escala mundial: en primer lugar el autoexamen de mama, en segundo lugar el examen clínico anual de las mamas que debe realizar el médico de la familia a toda la población femenina mayor de 30 años; y por último el Programa de Detección Precoz por el método de la mamografía, que incluye a las mujeres de 50 a 64 años cada 2 o 3 años, lo que permite el diagnóstico de carcinoma mínimo o *in situ* de la mama. En los primeros juega un papel primordial el nivel primario de atención de salud, y por supuesto, en el nivel secundario se brinda la atención especializada. Por medio de ensayos clínicos bien controlados se ha demostrado que la detección precoz del cáncer de mama puede disminuir la mortalidad por esta causa en la población femenina.

Inicialmente los tumores mamarios no presentan sintomatología, tan solo cuando han alcanzado un tamaño importante, superior a 1 cm., aparecen una serie de signos y síntomas que orientan clínicamente al diagnóstico de la enfermedad. El cuadro clínico de la enfermedad maligna de la mama comienza como un simple nódulo, indoloro, de tamaño variable, más frecuente en el cuadrante superior externo de una mama, que puede mostrar o no señales de fijación superficial (piel de naranja), o a los planos

musculares, y acompañarse de adenopatías axilares. La mayoría de los cánceres de mama se descubren por la paciente, o durante la exploración física o la mamografía sistemática ^(16, 17).

Los medios complementarios para el diagnóstico del cáncer de mama más utilizados son los siguientes ⁽⁵⁰⁾: mamografía y xerorradiografía (radiografía de la mama), termografía, ultrasonografía, punción del nódulo (BAAF), biopsia quirúrgica por exéresis de la tumoración y estudio por el patólogo de cortes congelados. La ecografía mamaria es una técnica secundaria en el diagnóstico de cáncer de mama. El pesquijaje por ultrasonido es útil para diferenciar entre masas o tumores mamarios sólidos y los quísticos, formados por líquido. La importancia de detectar esa diferencia es mucha pues los quistes no suelen necesitar un tratamiento si no hay otros síntomas, mientras que las masas sólidas precisan de una biopsia.

La extensión del uso de la mamografía ha sido eficaz, ya que ha reducido la tasa de mortalidad del cáncer de mama hasta un 30% ⁽⁶⁰⁾, siendo el mejor método de cribado de lesiones tempranas disponible. La tasa de supervivencia para las mujeres con cáncer de mama se incrementa drásticamente cuando se diagnostica en una etapa temprana, detectado precozmente tiene una supervivencia a los 10 años que alcanza hasta un 98% ⁽⁶²⁾.

La mamografía es una de las mejores técnicas para detectar el cáncer de mama en sus primeras fases, pero para confirmar el diagnóstico, en los casos positivos, se recomienda realizar una biopsia tras la mamografía. Incluso, si la exploración física hace sospechar un cáncer y/o aparece algún nódulo sospechoso, aunque la mamografía posterior no muestre alteraciones, debe plantearse una biopsia; esto supone tomar un pequeño trozo del nódulo y analizarlo al microscopio para determinar la presencia de signos de cáncer. Normalmente la toma de la muestra se realiza mediante una aguja que se introduce en el tejido mamario y por aspiración se recoge parte del tejido sospechoso.

Existen distintos tipos de biopsia, según la técnica que se emplee. La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), y el examen citológico pueden ser suficientes para la confirmación diagnóstica, pero sólo deben realizarse por manos expertas. Si el aspirado de una lesión sospechosa es negativo debe llevarse a cabo un procedimiento definitivo, la biopsia por incisión, donde se procede a la toma de una muestra del tumor

o lesión, y si el tumor es pequeño, biopsia por exéresis, que consiste en la remoción de todo el tumor. Las biopsias estereotáxicas (biopsia con aguja durante la mamografía) o biopsia guiada con ecografía se están efectuando cada vez con mayor frecuencia para mejorar la precisión diagnóstica.

Se realizará también una exploración completa para determinar si cualquier otra parte del cuerpo está afectada. En este caso se harán otras pruebas como: radiografías del tórax para descartar una afectación pulmonar, ecografía abdominal para valorar la situación hepática, gammagrafía ósea y análisis de sangre para evaluar la correcta función medular, hepática y renal.

También se pueden utilizar la Resonancia magnética nuclear (RMN) y la Tomografía axial computarizada (TAC), esta última se usa para el diagnóstico de las metástasis, no del cáncer de mama propiamente dicho.

Además de identificar los síntomas, y realizar el diagnóstico histológico con la confirmación del cáncer de mama, el equipo médico debe establecer la clasificación del mismo. Existen dos tipos principales de cáncer de mama, el *cáncer ductal*, el más frecuente, que se encuentra en las células de los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón, y el *cáncer lobular*, que se origina en los lóbulos y lobulillos, que producen la leche materna ^(19, 20, 21).

En este sentido la mayoría son tumores epiteliales que se originan en células que revisten los conductos o los lobulillos. Los tumores no epiteliales del estroma de soporte (angiosarcoma, sarcomas primarios del estroma, tumor filodes) son menos frecuentes ^(16, 17).

Los cánceres se dividen en carcinoma *in situ* y carcinoma infiltrante. El *carcinoma in situ* es la proliferación de células cancerosas dentro de los conductos o de los lobulillos y sin invasión del estroma; se conoce el *carcinoma ductal in situ (CDIS)*, y el *carcinoma lobular in situ (CLIS)*. El *carcinoma infiltrante* es el adenocarcinoma primario, aproximadamente el 80% son del tipo *ductal infiltrante*, y la mayoría de los demás son *lobulillares infiltrantes*; las formas poco frecuentes incluyen carcinomas medulares, mucinosos y tubulares ^(16,17).

Existen formas especiales de presentación del cáncer de mama, estas son: *el carcinoma inflamatorio agudo de la mama, el carcinoma ulcerado, el carcinoma en*

coraza, en el embarazo y la lactancia, la enfermedad de Paget, el cistosarcoma pilloides, el carcinozarcoma, y el cáncer de mama en el hombre ⁽³⁾.

La **estatificación** del cáncer de mama basado en el sistema TNM, donde la T significa el grado de extensión local del tumor, la N el grado de extensión regional y la M la existencia de metástasis, permite establecer etapas clínicas de la I a la IV, con sub-estadios, y no solo aporta valor estadístico, sino que también sirve de guía para la elección del tratamiento, y para establecer el pronóstico evolutivo de la enfermedad, incluso permite predecir el índice de supervivencia del paciente. De esta forma se consideran en esta patología estadios como ⁽³³⁾: *Estadio 0 (carcinoma in situ), Estadio I, Estadio IIA, Estadio IIB, Estadio IIIA, Estadio IIIB, Estadio IIIC operable, Estadio IIIC no operable, Estadio IV*.

La clasificación más actual incorporó las nuevas técnicas de imagen y de anatomía patológica para el diagnóstico como son la técnica del ganglio centinela, la evaluación inmuno histoquímica de los ganglios y la cuantificación de ganglios afectados, lo que facilita la toma de la decisión terapéutica, diagnósticos más tempranos y mayores posibilidades de curación ^(19, 20, 21):

- *Carcinoma no invasivo puro (estadio 0).*
- *Carcinoma operable loco-regional invasivo con o sin carcinoma no invasivo asociado (estadios I, II y algunos IIIA).*
- *Carcinoma inoperable loco-regional invasivo con o sin carcinoma no invasivo asociado (estadio IIIB, IIIC y algunos IIIA).*
- *Carcinoma metastático o recurrente (estadio IV).*

El Programa Nacional de reducción de la mortalidad por cáncer ⁽⁴¹⁾ tiene como principal objetivo la disminución de las tasas de mortalidad, pero sus indicadores se mueven lentamente, por lo que se plantean como otros objetivos aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida, estos son indicadores que dependen de la detección precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad ^(1, 2).

1.3 Alternativas actuales para el tratamiento del cáncer de mama.

La lucha contra el cáncer abarca una amplia gama de actividades que van desde la prevención primaria hasta la asistencia paliativa, pasando por el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes ⁽⁵⁹⁾.

En cuanto al cáncer de mama Álvarez ⁽³⁾ resume los tratamientos más usados para el enfrentamiento de esta enfermedad:

- Tratamiento preventivo: Realizar vigilancia epidemiológica y actuar sobre los factores de riesgo que permitan ser modificables.
- Tratamiento curativo: Depende del estadio, de forma general se utiliza el tratamiento quirúrgico que puede ser parcial o total con vaciamiento axilar; quimioterapia; radioterapia con cobalto; y la hormonoterapia.
- Rehabilitación: Esta incluye la fisioterapia de rehabilitación, la cirugía reconstructiva fundamentalmente en mujeres jóvenes, y el apoyo psicológico y familiar.

El tratamiento del cáncer de la mama es integral y multidisciplinario, precisa la combinación de diversas modalidades o disciplinas terapéuticas, para conseguir un control eficaz, y tendrá en consideración si la enfermedad es metastásica o no ⁽³⁴⁾. Las metástasis constituyen con frecuencia la causa del fallo de los tratamientos y de la muerte de los pacientes con cáncer, y complican por múltiples causas el abordaje terapéutico, incluido las posibilidades de rehabilitación psicológica, que deberán ajustarse a las necesidades propias del diagnóstico ⁽⁶³⁾.

Las cuatro modalidades terapéuticas fundamentales son: Cirugía, conservadora o mastectomía radical, considerada como tratamiento estándar al igual que la Radioterapia, ambas actúan a nivel local, es decir sobre la enfermedad en la mama y los ganglios linfáticos y constituyen el tratamiento de elección en la enfermedad localizada no metastásica; la Quimioterapia, y la Terapia Hormonal actúan tanto a nivel local, como general de todo el organismo, en lo que se denomina tratamiento sistémico, y se utilizan de forma complementaria al tratamiento local.

La cirugía se realiza una vez obtenido el resultado de la biopsia, con el objetivo de conseguir la extirpación total del tumor, y dependiendo de las características de este será más o menos complicada. Los tipos de cirugía pueden ser ⁽⁵⁵⁾:

- *Mastectomía radical ampliada (mastectomía radical de Hasteld): extirpación en bloque de la mama, músculos pectorales y ganglios axilares, incluyendo la cadena mamaria interna.*
- *Mastectomía radical modificada: (mastectomía de Patey) similar a la mastectomía ampliada, conservando el pectoral.*
- *Mastectomía simple y total: extirpación de la mama y fascie pectoral subyacente con disección de ganglios.*
- *Resección parcial de la mama (cuadrantectomía), resección amplia del tumor y tejido circundante con la fascie pectoral y disección de ganglios.*

Actualmente el panorama sombrío de esta enfermedad ha cambiado con la introducción, cada vez más, de técnicas quirúrgicas conservadoras del órgano, como: cuadrantectomía o tumorectomía, con disminución de la disección axilar por la técnica de ganglio centinela; el uso de nuevos agentes quimioterapéuticos, como los taxanos; equipamientos tecnológicos más sofisticados en la radioterapia externa y la braquiterapia; la realización de nuevos ensayos clínicos en etapas avanzadas, que han tenido resultados alentadores; el uso de hormonoterapia con antiestrógenos (tamoxifén) y los estudios sobre marcadores tumorales, como el factor de crecimiento epidérmico, gen que presupone una agresividad tumoral y fallas en el tratamiento, y la neutralización con anticuerpos monoclonales HR3, entre otros ⁽³²⁾.

Es importante tener en cuenta la utilidad de la combinación de diferentes modalidades terapéuticas para un mejor tratamiento a las pacientes. El tratamiento adyuvante, complementario o postquirúrgico se refiere al uso de un tratamiento sistémico después de que un tumor primario sea controlado localmente por otro método (cirugía o radioterapia). El tratamiento neoadyuvante es aquel tratamiento preoperatorio que se utiliza para conseguir que un tumor que por su tamaño o por su extensión loco-regional (estadios avanzados, estadio III) no es quirúrgico en ese momento pase a serlo; también sería aquel tratamiento que se emplea en pacientes que de entrada son candidatos a cirugía pero que por otros motivos se piensa que pueden beneficiarse antes de otro tratamiento.

En los últimos años se ha ido generalizando el uso de anticuerpos monoclonales en el tratamiento del cáncer mediante vacunas (Inmunoterapia). Los anticuerpos

monoclonales son el primer grupo de tratamientos antineoplásicos que están dirigidos específicamente contra alteraciones moleculares de las células de cáncer, y representan la nueva dirección que seguirá el desarrollo de nuevas terapias oncológicas en el futuro ^(19, 20, 21).

El cáncer es una enfermedad frecuente y compleja que compromete la supervivencia de la persona que la padece y, por extensión, genera un estrés socioemocional que condiciona su calidad de vida y justifica la demanda de atención psicoterapéutica y psicoeducativa como complemento al tratamiento médico que se recibe. Bajo esta perspectiva, se han desarrollado diferentes intervenciones psicosociales que han demostrado su eficacia en la mejora de las habilidades de afrontamiento, la calidad de vida, la reducción del malestar emocional y la sensación de aislamiento en pacientes oncológicos ^(31, 37).

Se consideran como estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama: la psicoeducación, la terapia individual y la terapia grupal ⁽⁵¹⁾. Las modalidades terapéuticas grupales más utilizadas son las intervenciones de grupo cognitivo-conductuales y la terapia de grupo de apoyo/expresiva ⁽²⁷⁾.

El tiempo de seguimiento médico y psicológico de cada paciente, y la frecuencia, depende de la etapa clínica y de la evolución individual, según la aparición o no de complicaciones; no obstante el seguimiento es mucho más estricto durante los primeros cinco años. El control clínico postquirúrgico tendrá periodicidad necesaria en el primer año según la terapéutica complementaria, será semestral en los cuatro años siguientes, y posteriormente será anual de por vida ⁽⁵⁰⁾.

Llegado el momento en el que el tratamiento agresivo no es apropiado, la asistencia deberá orientarse a mitigar el dolor y el sufrimiento del paciente terminal, tributario de cuidados paliativos, y de la familia, iniciando la preparación de esta para afrontar la pérdida y el duelo.

En los últimos años se ha logrado detectar un número mayor de casos nuevos diagnosticados en estadios iniciales (etapa 0, I y II) lo cual permite tratamientos menos invasivos y eleva los índices de supervivencia con mejor calidad de vida de la mujer afectada; de ahí la importancia de realizar el autoexamen y de acudir al médico lo antes posible cuando se detecta alguna anomalía ^(10, 19, 20, 48, 53, 58).

1.4 Etapa de supervivencia en el cáncer de mama.

Las definiciones clínicas de los términos oncológicos ayudan a clarificar los objetivos y el progreso de la terapia. La curación se define clínicamente como la ausencia permanente de síntomas y signos de una enfermedad; la remisión completa o la respuesta completa como la desaparición de los datos clínicos de la enfermedad; y la respuesta parcial como una reducción del tamaño de una masa o masas tumorales superior al 50%. Los pacientes que parecen estar curados pueden seguir teniendo células neoplásicas viables que, con el transcurso del tiempo, producirán una recaída. Una respuesta parcial puede producir una paliación y prolongación de la vida significativas, pero inevitablemente el tumor vuelve a crecer. La enfermedad estable indica que no hay mejoría ni empeoramiento ^(16, 17).

La supervivencia al cáncer ha sido definida de varias maneras. De acuerdo con el diccionario Larousse un superviviente es el "que sobrevive a algo, generalmente a una catástrofe", un suceso que altera el orden regular de las cosas es una catástrofe; y desde luego recorrer el proceso de un cáncer desde que acontece el diagnóstico y se continúan los tratamientos puede ser considerado como una gran alteración en la cotidianidad de la vida.

Para algunos autores se considera paciente superviviente al cáncer a aquel sujeto que ha finalizado los tratamientos médicos y en el que no se encuentra ningún indicio de enfermedad activa –paciente libre de enfermedad- y cuyo pronóstico no es evidentemente malo ⁽²⁹⁾. Para otros se define a un superviviente de cáncer como aquella persona que ha padecido un trastorno oncológico y lleva libre de tratamientos y de enfermedad un período mínimo de un año, o aquella persona que tras el impacto del diagnóstico ha terminado el tratamiento médico ⁽⁶¹⁾.

La Sociedad Americana de Oncología Clínica plantea que es el proceso de vivir con cáncer, soportar el cáncer y sobrevivir a la enfermedad. Según esta definición, la supervivencia al cáncer comienza cuando una persona es diagnosticada con cáncer.

Otra definición al respecto señala que el tiempo de supervivencia se refiere al tiempo que transcurre entre el diagnóstico y la muerte, y el intervalo entre la desaparición del cáncer y la recaída se denomina intervalo libre de enfermedad o supervivencia libre de enfermedad ^(16, 17).

La definición más completa, y la que se asume en la investigación, es la propuesta por la Sociedad Estadounidense de Oncología Médica, que define la etapa de supervivencia como el proceso de convivencia con la enfermedad, que comienza con el diagnóstico del cáncer hasta el final de la vida del paciente. Incluye a los pacientes que siguen recibiendo tratamiento para reducir el riesgo de recurrencia o controlar la enfermedad crónica una vez que el cáncer ha entrado en remisión. Dentro de esta etapa de supervivencia existen dos sub-etapas más específicas, tales como:

- *Supervivencia aguda*: describe el momento desde que a una persona le diagnostican la enfermedad y comienza a recibir tratamiento para el cáncer hasta que lo termina.
- *Intervalo libre de enfermedad*: se refiere al período inmediatamente después de finalizado el tratamiento que se extiende hasta el final de la vida del paciente o hasta la aparición de la primera recidiva.

Materiales y Métodos



MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio descriptivo, con el objetivo de caracterización de pacientes diagnosticadas con afecciones mamarias, pertenecientes al CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo, del municipio Ciro Redondo, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2019.

El universo y/o población quedó conformado por 26 pacientes que han sido diagnosticadas con afecciones mamarias, pertenecientes al CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo. Se trabajó con el total de la población que cumplió con los siguientes los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que han sido diagnosticadas con afecciones mamarias, pertenecientes al CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no tengan o no hayan tenido algún tipo de neoplasia de mama.
- Pacientes que han sido diagnosticadas con algún tipo de neoplasia de mama y hayan fallecido durante el proceso investigativo

Criterios de salida:

- Pacientes que han sido diagnosticadas con algún tipo de neoplasia de mama y se trasladen de domicilio correspondiente a otro CMF.

2.1 Principales dimensiones e Indicadores:

Dimensión	Subdimensión	Indicador
Características sociodemográficas	-Grupo de edades	- 18-28 años - 29-39 años - 40-49 años - 50 y más
	-Nivel escolar	- Primaria - Secundaria - Medio superior - Superior
Factores de riesgo no modificables		- APF (Antecedentes patológicos familiares) - APP (antecedentes patológicos personales) - Predisposición genética - Ciclo menstrual (menopausia tardia y

		menarquia antes de los 12 años)
Factores de riesgo modificables	-Comportamiento ante los factores de riesgo modificables que condicionan el cáncer de mama.	-Alimentación -Parto -Consumo de alcohol -Diétilstilbestrol -Hormonoterapia -Obesidad -Radiación -Los implantes mamarios -Realización del autoexamen de mama. -Frecuencia de visitas al CMF. -Uso de sostén (ajustador) -Suspensión temprana de la lactancia materna
	-Percepción de riesgo sobre el cáncer de mama.	-Nivel de conocimientos sobre las consecuencias negativas del cáncer de mama.

2.2 Métodos e Instrumentos de recogida de información:

-Métodos del nivel teórico:

Histórico - Lógico: permitió el análisis documental de las fuentes bibliográficas especializadas en cáncer de mama.

Analítico - Sintético: permitió dar científicidad y coherencia a la bibliografía revisada.

-Métodos del nivel empírico:

Análisis documental (historias clínicas): permitió realizar una revisión de las historias clínicas de cada paciente, de donde se obtuvieron los datos importantes necesarios para realizar el estudio.

Encuesta: permitió obtener información de los pacientes de forma anónima.

-Método estadístico matemático:

Se utilizaron métodos de la estadística descriptiva para la confección de tablas y la aplicación del cálculo porcentual para expresar los resultados de la investigación.

-Métodos de procesamiento de la información y técnicas:

Para el procesamiento de los resultados obtenidos de los métodos y técnicas aplicados, se emplearon las interpretaciones y las valoraciones de los resultados, para

los datos cualitativos referidos a vivencias y experiencias, mientras que los datos cuantitativos fueron analizados por índice de frecuencia (porcentaje). De modo que toda la evaluación estadística se realizó con el programa SPSS 20,0 para Windows.

2.3 Aspectos éticos:

Los datos recogidos forman parte de la historia clínica, por lo que es considerado material confidencial. En esta investigación no se reveló ningún dato que permita reconocer a ningún paciente participante. Se cumplieron con los requisitos éticos de resguardo de la información personal de cada participante. La utilización de las mismas se realizó mediante la justificación de los objetivos propuestos. Se emitieron conclusiones en correspondencia con los objetivos y recomendaciones. Se cumplió con los principios éticos básicos: el respeto a las personas y la ayuda emocional.

Análisis y Discusión de
los Resultados



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Fueron caracterizadas 26 pacientes. Entre las enfermas predominaron los rangos de edades de 29 a 39 años (79,2 %) y de 40 a 49 años, los niveles escolares predominantes en las pacientes son 9no grado (25,0 %) y nivel medio superior un 22,00% .

Tabla 1: Distribución de pacientes diagnosticadas con algún tipo de neoplasia según variables sociodemográficas.

Fuente: Encuesta e Historia Clínica.

V a r i a b l e s	N o .	%
S o c i o d e m o g r á f i c a s		
E d a d :		
18-28 años	0	0
29-39 años	0	0
40-49 años	16	61.5
50 y más	10	38.5
N i v e l e s c o l a r :		
Primaria	3	11.5
Secundaria	8	30.8
Medio superior	15	57.7
Superior	0	0

El sistema de salud en Cuba afronta uno de los más grandes problemas para las mujeres en los últimos años, el cáncer de mama.

En el presente trabajo, al estudiar las características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama (CM), en relación a la edad se encontraron semejanzas a los resultados del estudio efectuado en el servicio de Oncología de un hospital en La Habana en el que más de la mitad de ellas tenían más de 30 años. (4)

Similares resultados se observan en un trabajo realizado en ciudad de La Habana, en el que, aunque se asumen clasificaciones diferentes para las edades, los resultados se ajustan a los rangos de edades, así aparece que el mayor grupo de mujeres estudiadas fue de más de 30 años.

Asimismo coincide con los resultados de un estudio ejecutado en Santiago de Cuba en el año 2013, en el que la mayoría de las pacientes seleccionadas coinciden con el rango de edades del trabajo que se presenta. (5)

En concordancia se encuentra además una investigación realizada en Cienfuegos, en la que se obtuvo una superioridad de afectación en pacientes correspondientes al grupo etario de más de 30 años representando el 75 % de la muestra.

La mayoría de los trabajos revisados refieren la edad como factor de riesgo de mayor incidencia del cáncer de mama, al referir que este aumenta con la edad de la mujer. (7-13)

Resultó importante conocer dentro de las variables sociodemográficas que se estudiaron la distribución de la edad en la población objeto de estudio. De acuerdo con la literatura revisada la edad constituye una variable importante dentro de los factores de riesgo para la aparición del cáncer de mama, situación que pudiera estar matizada por las características psicológicas que se describen para esta etapa del desarrollo y por los importantes cambios biofisiológicos.

La escolaridad, sin lugar a dudas, instituye uno de las variables sociodemográficas de implicación en el proceso salud-enfermedad, al asumir que facilita la adquisición de conocimientos y permite dar cuenta con prontitud de afectaciones observadas en la mama y por consiguiente facilita el posicionamiento de la paciente ante la enfermedad.

En relación a la escolaridad en la presente investigación prevaleció el nivel medio superior para un 57,7 %, y fue similar a lo encontrado en un trabajo realizado en ciudad de La Habana. (14)

Discrepa sin embargo de los resultados encontrados en el estudio de México en el que predomina el nivel primario de escolaridad, en el 50 %. (15)

El cáncer de mama en las mujeres representa un problema en su abordaje psicosocial, atravesado por multiplicidad de factores que se imbrican y condicionan mutuamente, lo que pudiera desbordar las capacidades de respuestas en estas aquejadas, por ser una enfermedad altamente estigmatizante, con las consecuentes repercusiones a todos los niveles y esferas de actuación. De manera que el interés para la Psicología por este padecimiento no es azaroso, sino que se cimienta en las implicaciones que para la paciente y su familia puede acarrear la enfermedad. (Artículos Cielo)

Ante la interrogante de si existía en sus familias algún antecedente de cáncer de mama, 15 dijeron que sí, para un 57,7%, mientras que el resto, 11 para un 42,3%, refirió que no. En lo concerniente a la presencia en la familia de algún antecedente de otros tipos de cáncer, 10 para un 38,5% respondió que sí, en tanto 16 para un 61,5% respondió lo contrario.

Ya sobre el nivel de conocimientos que poseían sobre las consecuencias del cáncer de mama, el 100% de las encuestadas refirieron conocer las consecuencias del cáncer de mama. De igual modo las 26 (100%) solo expusieron una o dos consecuencias, repitiéndose como patrón de respuestas la muerte y la pérdida del seno.

También el 100% de las encuestadas refirió que no se realizan el autoexamen de mamas y que a veces es que visitan el Consultorio Médico de la Familia. Referido al uso del sostén para senos (ajustador) 6, para un 23,1% dijeron que sí lo usaban, mientras que 20 para un 76,9% infirió lo contrario, refiriendo en todos los casos los mismos patrones de respuestas: "me da mucho calor, es incómodo". Finalmente sobre el período en que ofrecieron lactancia materna a sus hijos el 100% refirió que sus bebés no lactaron por más de un año, de modo que 15 para un 57,7% lactaron por 3 meses a su bebé, 6, para un 23,1% por 6 meses y 5 para un 19,2 por 10 meses; explicaron que el bebé no se llenaba con la leche materna o simplemente que no la quería.

TODOS LOS FR SE INCLUYEN EN UNA SOLA TABLA

Tablas 2, 3 y 4: Distribución de pacientes con cáncer de mama según factores de riesgo, dimensión cognitiva, afectiva y conductual.

Fuente: Historia Clínica y Encuesta.

	Si	%	No	%
Antecedentes de cáncer de mama en la familia	15	57,7	11	42,3
Antecedentes de cáncer de otro tipo en la familia	10	38,5	16	61,5
Conocimiento de las consecuencias negativas del cáncer de mama	26	100	-	-
Realización del autoexamen de mama	-	-	26	100
Uso del sostén para senos (ajustador)	6	23,1	20	76,9

	Semanalmente	A veces	Nunca
Frecuencia de visita al Consultorio Médico de la Familia	-	26	-
Hábito de fumar			
Alimentación			

	3 meses	6 meses	10 meses
Tiempo de lactancia materna	15 (57,3%)	6 (23,1)	5 (19,2)

De estos resultados se puede inferir la alta presencia de hábitos de vida no saludables modificables condicionantes del cáncer de mama, de ahí que todas hayan padecido en algún momento de algún tipo de neoplasia. Entre estos hábitos está el poco tiempo que estuvieron en la lactancia materna y el no uso del sostén para senos.

De igual modo poseen una baja percepción de riesgo condicionadas fundamentalmente con factores conductuales como la no habituación a visitar periódicamente el Consultorio Médico de la Familia y la no realización del autoexamen de mamas.

Sin embargo unido a estas posturas negativas se le une una alta predisposición genética al cáncer de mama, puesto que más de la mitad de las encuestadas han tenido en su familia presencia de cáncer, ya sea de mama o en otro lugar.

3.1 Plan de acciones para aumentar la percepción de riesgo y la educación en general sobre el cáncer de mama de las pacientes del CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo.

Objetivo: Incidir de forma positiva en el aumento de la percepción de riesgo y en la educación en general sobre el cáncer de mama de las pacientes del CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo.

Acciones y eventos.

<u>Acciones</u>	<u>Fecha y/o frecuencia</u>	<u>Lugar</u>	<u>Responsables</u>
1. Realizar charlas educativas empleando materiales	Quincenal a partir del	CMF #6	-Doctora del CMF

<p>audiovisuales que muestren ejemplos reales de las consecuencias del cáncer de mama a partir de la no detección a tiempo por conducta negligente.</p>	<p>comienzo de la implementación del plan.</p>		<p>-Enfermero del CMF</p>
<p>2. Realización de una pesquisa activa y profunda en la búsqueda de factores de riesgos en la comunidad.</p>	<p>Periódicamente.</p>	<p>Comunidad</p>	<p>-Doctora del CMF</p> <p>-Enfermero del CMF</p>
<p>3. Elaborar y distribuir en la comunidad plegables que aborden el tema de la prevención del cáncer de mama, desde cómo enseñarle a las pacientes a realizarse el autoexamen de mama hasta los hábitos de vida saludables que deben llevar para prevenir la enfermedad.</p>	<p>Periódicamente.</p>	<p>Comunidad</p>	<p>-Doctora del CMF</p> <p>-Enfermero del CMF</p>
<p>4. Realización de actividades culturales recreativas donde participe toda la población femenina de la comunidad y aprovechar la ocasión para tratar la temática a través de juegos y competencias didácticas.</p>	<p>Periódicamente.</p>	<p>Comunidad</p>	<p>-Doctora del CMF</p> <p>-Enfermero del CMF</p>

Logística:

- Para el desarrollo de las actividades se deberá contar con el apoyo del Delegado de la comunidad así como el presidente del Consejo Popular.
- El plan de acciones no cuenta con grandes gastos, está diseñado para realizarse con capital humano.
- Los audiovisuales y plegables necesarios pueden obtenerse en el Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud.

Conclusiones



CONCLUSIONES.

Una vez terminado el proceso investigativo se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- Las edades con mayor índice de presencia de alguna neoplasia de seno son las superiores a los 30 años.
- La mayoría de las pacientes poseen herencia y predisposición genética para con el cáncer de mama.
- Existe una baja percepción de riesgo en las pacientes debido al bajo nivel cultural que poseen, pues la mayoría solo cursó hasta el noveno o 12mo. Grado.
- Como consecuencia de la baja percepción de riesgo se identificaron conductas negativas como la no realización del autoexamen de mama, la asistencia poco frecuente al Consultorio Médico de la Familia, el poco uso de sostén (ajustador) y la suspensión temprana de la lactancia materna.
- El plan de acciones propuesto tiene como objetivo contribuir con la prevención temprana del cáncer de mama, a partir de las deficiencias detectadas en el contexto de la presente investigación.

Recomendaciones



RECOMENDACIONES.

Se recomienda:

1. Extender este tipo de investigaciones hacia otros Consultorios Médicos de la Familia del municipio.
2. Implementar de forma inmediata el plan de acciones propuesto por la investigación.

Bibliografía



BIBLIOGRAFÍA.

1. Alfonso, C. El problema del cáncer de mama en Cuba. Revista Cubana de Oncología; 2004. 1016, p. 12-14.
2. Alfonso, L. Autovaloración y estilos de afrontamiento en la mujer recién mastectomizada por cáncer de mama. Trabajo de Diploma, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara; 2008.
3. Álvarez, R. Temas de Medicina General Integral Vol. 2. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
4. Anuario Estadístico de Salud. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2019. [citado 10 de Marzo de 2019] Disponible en <http://www.cielo.sld.cu>.
5. Arbizu, J.P. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. Anales Sis San Navarra; 2000. 24 (1), p. 173-178. Disponible en <http://arsenopirita.boumort.cesca.cat/index.php/ASSN/article/viewFile/5848/4736>
6. Bandura, A. Self- efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review; 1977. 84, p. 191-215.
7. Bárcena, A., Prado, A., Gerstenfeld, P. y Pérez, R. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe; 2013.
8. Báñez, M. X. Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama Tesis Doctoral, Área de Psicología Básica; 2013.
9. Báñez, M., Blasco, T, y Fernández- Castro, J. La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. Anales de Psicología; 2003. 19, p. 235- 46.
10. Barranco, H. 2011. Cáncer de mama. ¿Puede evitarse?; 2011. Disponible en <http://www.sld.cu/sitios/bmn/temas.php?idv=16729>
11. Bartolomé, M.J., Trueba, M.A. y Talavera, M.A. Información: pacientes y familiares. Santiago de Compostela, España; 2012.
12. Bartuste, D. Bases teóricas y metodológicas para un programa psicoeducativo dirigido a mujeres con cáncer de mama. Tesis en Opción al Título de

- Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara; 2014.
13. Bayés, R. Psicología oncológica. Barcelona: Martínez Roca; 1984.
 14. Bayés, R. y Toro, J. Psicología oncológica. Barcelona: Martínez Roca; 2000.
 15. Bayo, J.L., García, J., Lluch, A, y Valentín, V. Cáncer de mama. Cuestiones más frecuentes. Madrid: Entheos; 2007.
 16. Beers, M.H. y Berkow, R. El Manual MERCK de diagnóstico y tratamiento Décima edición española. Madrid: Harcourt, S. A.; 1999.
 17. Beers, M.H., Porter, R.S., Jones, T.V., Kaplan, J.L. y Berkow, M. El Manual MERCK de diagnóstico y tratamiento. Undécima Edición Tomo V y VIII. España: Elsevier; 2007.
 18. Capote, L. 1992. Epidemiología del cáncer de la glándula mamaria. Avances en Mastología; 1992. 123, p. 67-74.
 19. Castillo, Z., Guerra, V., Gómez, I. y Navarro, M. Intervención psicológica en la autovaloración de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama; 2012. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos93/intervencion-psicologica-autovaloracion-mujeres-diagnostico-cancer-mama/intervencion-psicologica-autovaloracion-mujeres-diagnostico-cancer-mama.shtml>
 20. Castillo, Z.E. Intervención psicoterapéutica integrativa para potenciar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico. Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara; 2012.
 21. Castillo, Z.E., Navarro, M.C. y De la Torre, M.V. Guía psicoeducativa sobre cáncer de mama; 2011.
 22. Chaney, A.W., Pollack, A. & M.D., M. Primary treatment of cystosarcomaphylloides of the breast. Cancer; 2000. 897, p. 1502-1511.
 23. Cortner, J. & Vandewoude, G. F. Essential of molecular biology. In Jr.; 1997.
 24. Dabrowski, M., Boucher, K. & Ward, J. Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients. J Natl Compr Canc Netw; 2007. 5 (1), p. 104-11 Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

25. De la Garza, J. y Márquez, G. Neoplasmas de la mama. Cáncer de mama; 2007. Disponible en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfam7-4/mama74.html>
26. Díaz, P.A. y Sánchez, J. El área nuclear como indicador diagnóstico en el carcinoma ductal de la mama: un estudio metaanalítico. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas; 2004 [citado 10 de Marzo de 2019]; 233. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002004000300004&lng=es&nrm=iso
27. Edwards, A., Hailey, S. y Maxwell, M. Intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer de mama metastásico Revisión Cochrane traducida; 2008. Disponible en <http://www.update-software.com>
28. Fernández, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E. y Sans, A. Validación de la Escala de Competencia Personal Percibida de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés. Ansiedad y Estrés; 1998. 4 (1), p. 31-41.
29. Ferrero, J. El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. Valencia: Editorial Pomolibro; 1993.
30. Fritis, M. La precocidad de la detección es fundamental para la supervivencia de la paciente; 2010 [citado 10 de Marzo de 2019]. Disponible en http://www.servicios\servicios_medicos.html
31. García, J.M. y Domínguez, M.L. Fundamentos de la psicoterapia con mujeres afectadas de cáncer de mama. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica; 2010. 16 (2), 125 - 139.
32. Gómez, I., Estévez, L. y Santana, S. Cáncer de mama: Resultados del año 2005. Revista Medicentro; 2008. 122.
33. Heron, D., Komarnicky, L. & Hyslop, T. Bilateral breast carcinoma: risk factors and outcomes for patients with synchronous and metachronous disease. Cancer; 2000. 88 (12), p. 2739-2750.
34. Instituto Nacional del Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer; 2012. Disponible en <http://ancertopics\pdq\treatment\breast\healthprofessional>
35. Keir, S.T., Calhoun-Eagan, R.D. & Swartz, J.J. Screening for distress in patients with brain cancer using the NCCN's rapid screening measure. Psychooncology; 2008. 176, p. 621-625. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

36. Knapp, E. Psicología de la salud. Ciudad de La Habana: Félix Varela; 2005.
37. León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, A., Martín, A. y Seguí, M.A. Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. Psicooncología; 2013. 10 (2-3), p. 263-274.
38. Lostumbo, L., Carbine, N., Wallace, J. y Ezzo, J. Mastectomía profiláctica para la prevención del cáncer de mama Revisión Cochrane traducida; 2008. Obtenido de www.update-software.com.
39. Martínez, R.V. Comportamiento del cáncer de mama de la mujer en el período climatérico. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; 2006. [citado 10 de Marzo de 2019] 323. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000300005&lng=es&nrm=iso
40. Middleton, J. Psico-oncología en el siglo XXI; 2010. Disponible en <http://www.joomlatune.com/>
41. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de reducción de la mortalidad por cáncer. La Habana: MINSAP; 2002.
42. Molerio, O. Programa para el autocontrol emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial. Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara; 2004.
43. Montiel, V.E. Particularidades de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora. Tesis en opción al Grado Científico de Master en Psicología Médica, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara; 2009.
44. Morales, R. y Pollán, A. Morbilidad del cáncer de mama en la mujer. Rev. Cubana Med. Gen. Integr.; 1999. 153, p. 247-252. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300005&lng=es&nrm=iso
45. Murillo, M. y Holland, J.C. 2011. Manual de Psicooncología; 1999. Obtenido de <http://www.boloncol.com/boletin-26/index.html>

46. Navarro, M.C. Propuesta metodológica para la elaboración de una Guía Psicoeducativa en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en etapa I y II de la enfermedad. Tesis de Maestría, UCM, Santa Clara; 2009.
47. Organización Mundial de la Salud y Unión Mundial Contra el Cáncer. Acción mundial contra el cáncer. Ginebra; 2005.
48. Pino, M.D. Caracterización de la dinámica de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. Trabajo de Diploma presentado en opción al Título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara; 2014.
49. Rey, M., Blasco, T. y Borrás, F. Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre la autoeficacia. Anales de Psicología; 2000. 161, p. 23-31.
50. Rigol, O. Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
51. Rojas-May, G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Medicina Clínica; 2006. 174, p. 194 – 197.
52. Roustan, M. Estudio observacional de ayuda interactiva en el postratamiento de cáncer de mama: reuniones GAFA. Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona; 2008.
53. Rubio, M.C. Cuba reporta incremento del cáncer de mama. Granma; 2012.
54. Ruíz, L. Cáncer de mama: acciones preventivas, métodos de diagnóstico, tratamiento y evaluación pronóstica. Medicentro; 2005. P. 93. Disponible en <http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202005/y9n3a05/cancer63.htm>
55. Salas, C. Quality of life and associated factors among women with breast cancer enrolled in cancer treatment programs, 2009. Antioquia. Obtenido de <http://tesis.udea.edu.co> DOI: 104956801
56. Schips, L., Zigeuner, R.E., Langner, C., Mauyer, R., Pummer, K., & Hubmer, G. Metastasis of an ascending colon carcinoma in the prostate 10 years after hemicolectomy. J Urol; 2002. 1682: 641-642.

57. Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J. y Mateos, N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*; 2007. 182, p. 24-37.
58. Silva de Oliveira, M., Alves e Souza, A.M. y Carvalho, A.F. Grupo apoyo/soporte: espacio de rehabilitación para mujeres mastectomizadas. *Rev. Eletr. Enf.*; 2008. 103, p. 816-22. Disponible en <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a27.htm>
59. Simo, E., Urea, M., Vernet, M., Sender, M.J., Larrosa, P. y Jovell, E. Intervención del médico de Familia en el diagnóstico del cáncer. *Atención Primaria*; 2000. 26, p. 104-106.
60. Smith, R.P. *Netter, obstetricia, ginecología y salud de la mujer*. España: Elsevier; 2004.
61. Solana, C.A. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Revista de Oncología*; 2005. 283, p. 157-163.
62. Uchidas, M. Mamografía de Screening y Realidad Chilena. *Rev. chil. radiol.*; 2008. 143, p. 130-134.
63. Viana, C. Cáncer de mama. *Guías Clínicas*; 2007. 7 (36). Disponible en <http://www.fisterra.com/salud/index.asp>
64. Weisburger, J. & Williams, G. Causas del cáncer. In M. G., L.W. & L.R. Eds., *Oncología clínica. Manual de la American Cancer Society*. Washington: Publicación Científica; 2004.

A n e x o s



ANEXOS.

Anexo 1: Consentimiento Informado. REVIZAR

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÈDICAS CIEGO DE ÀVILA

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS DE MORÓN

Título: Caracterización de las pacientes que han sido diagnosticadas con algún tipo de neoplasia de mama del CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo, del municipio Ciro Redondo de Ciego de Àvila.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Introducción: El cáncer de mama es una enfermedad que afecta a gran parte de la población femenina, es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres.

Propósito del estudio: Caracterizar a las pacientes que han sido diagnosticadas con algún tipo de neoplasia de mama del CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo, del municipio Ciro Redondo de Ciego de Àvila o.

Descripción del procedimiento: Se realizará mediante la revisión de Historias Clínicas y una Encuesta.

Riesgos: Esta investigación no presenta riesgos para su integridad.

Beneficios: Contribuirá con la prevención temprana de posibles neoplasias de senos.

Confidencialidad de los datos: La información es confidencial y será utilizada únicamente para nuestro estudio.

Participación voluntaria y retiro del estudio: Su participación es voluntaria si durante el estudio es su voluntad abandonarlo está en su derecho, siempre y cuando informe su decisión a las investigadoras.

Agradecemos de antemano su participación y colaboración, irán en beneficio directo de usted.

Yo... libremente sin ninguna presión y luego de haber leído este documento, autorizo que me incluyan en este estudio.

Firma:... C.I:... Fecha:...

Nombre y firma de las investigadoras que obtienen el consentimiento:

.....

Anexo 2: Encuesta a pacientes. **REDISEÑAR**

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Facultad de Morón.

La presente encuesta tiene el propósito de caracterizar a las pacientes que hayan padecido algún tipo de neoplasia en la población de Cacahual Viejo. Para lo cual se decidió aplicar la encuesta con el fin de obtener información del tema, esta es anónima por lo que solicitamos su apoyo, responda con la verdad a todas las preguntas y le agradecemos de antemano por su colaboración.

Marque con una X, o conteste según corresponda:

1. Edad: _____

2. Nivel escolar vencido: _____

3. ¿MARQUE CON UNA EQUIS LOS fr QUE ESTN PRESENTES)... ..

4. Existe en su familia algún antecedente de cáncer de mama?

Si: _____ No: _____

5. ¿Existe en su familia algún antecedente otro tipo de cáncer?

Si: _____ No: _____

6. ¿Usted conoce las consecuencias negativas del cáncer de mama?

Si: _____ No: _____

Exponga las que conoce:

7. ¿Usted se realiza el examen de mama?

Si: _____ No: _____

8. ¿Con qué frecuencia usted visita el Consultorio Médico de la Familia?

9. ¿Usted usa sostén (ajustador)?

Si: _____ No: _____

¿Por qué? -----

¿Durante qué tiempo usted estuvo dándole lactancia materna a su hijo?

INCLUIR PREGUNTAS QUE EVALUEN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
TECNICA DE AE DE MAMA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS
AFECCIONES MAMARIAS