

“Características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas en algunas mujeres diagnosticadas con Cáncer de Mama en Pereira 2020”

**Marta Liliana Gutiérrez Soto
Julián Alberto Marmolejo Ayala
Yenny Paola Ospina Gómez**

**Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería
Pereira
2020**

“Características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas en algunas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Pereira 2020”

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Enfermero/a Profesional**

**Marta Liliana Gutiérrez Soto
Julián Alberto Marmolejo Ayala
Yenny Paola Ospina Gómez**

**Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza
Asesora**

**Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería
Pereira
2020**

Agradecimientos

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra tutora Bárbara Mora Espinoza, quien con sus conocimientos y experiencia en el campo de la investigación nos orientó de la mejor manera y nos guio a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscábamos.

También queremos agradecer a la Fundación Universitaria del Área Andina por brindarnos todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación.

A nuestra familia, por ser el motor que nos ha impulsado en este proceso, llenándonos de motivación y amor, e inculcado la paciencia y la perseverancia necesaria para el logro de nuestros objetivos.

Muchas gracias a todos.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	6
1. El problema	7
1.1. Planteamiento del problema	7
2. Objetivos	9
2.1 Objetivo general	
2.2 Objetivos específicos	
3. Justificación	10
4. Marco Referencial	12
4.1. Marco de Antecedentes o Estado del Arte	12
4.2. Marco teórico	26
4.3. Marco conceptual	43
4.4. Marco geográfico	45
4.5. Marco epidemiológico	47
4.6. Marco ético	50
4.7. Marco jurídico	51
4.8. Marco disciplinar	65
5. Metodología	70
5.1. Tipo de estudio	70
5.2. Población y muestra	70

5.3. Instrumento	70
5.4. Técnica de recolección de información	71
5.5. Técnicas análisis de información	71
6. Resultados y análisis de información	71
7. Discusión	89
8. Conclusiones	91
9. Recomendaciones	92
Anexos	95
Bibliografía	106

Introducción

El cáncer constituye una gran preocupación mundial para la salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América más de 462,000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama, y casi 100,000 mueren a causa de esta enfermedad, siendo el más común entre las mujeres y es la segunda causa de mortalidad especialmente en menores de 65 años con un 56%. En Colombia, al año se realizan 7.626 diagnósticos de cáncer de seno y cada año mueren 2.226, de las cuales el 80% de las pacientes desconocen las causas de esta enfermedad, es una enfermedad causada por diversos factores externos como son los ambientales, estilos de vida, escasa práctica de autoexamen, baja adherencia a la mamografía como valoración diagnóstica, y consulta tardía en diagnóstico oportuno, factores culturales entre otros; y/o causas internas, como predisposición genética, menarquia temprana. Es por ello que la formación de tumores y neoplasias malignas depende de la combinación de un sin número de factores que se combinan para dar su compromiso y pronóstico, su ubicación es de mayor predominio en el cuadrante central; deben promoverse entre la población hábitos de vida saludable y control de factores de riesgo para el prevención y manejo de esta patología. Ahora bien, el cáncer de seno aporta costos elevados y carga de enfermedad al sistema de salud por causa del incremento constante en el número de casos y surgimiento de nuevos tratamientos.

1. Problema

1.1. Planteamiento del problema.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la población femenina mundial y es un problema de salud en muchos países desarrollados (Duany Fernández, Cuza Rodríguez, Hardí Faure, & Odalis Lovaina, 2009). Esta problemática no es ajena en nuestro país y presenta incidencia y mortalidad intermedia, alrededor de 7.000 nuevos casos se diagnostican cada año, y alrededor de 2.500 mujeres mueren por esta causa. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2012), en el período de 2000-2006, el cáncer de mama fue la primera localización en mujeres.

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que se incrementará en un 45% las muertes por cáncer entre el 2007 y en el 2030 (pasarán de 7.9 millones a 11.5 millones), como resultado del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población. Además, se considera que durante este periodo el número de nuevos casos de cáncer aumentará de 11.3 a 15.5 millones, lo que implica un problema más importante de lo que se ha considerado, al aumentar los casos, también aumentan las secuelas e impactos psicológicos en las personas que lo presentan. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

El cáncer de mama es la forma de cáncer más frecuente en la mujer, que es la proliferación acelerada, no controlada y desordenada de células malignas, lo cual conlleva a suprimir o estimular la continuidad del ciclo celular perteneciente a distintos tejidos de una glándula mamaria. Esta enfermedad se caracteriza por un grupo de elementos tanto clínicos y genéticos relacionados con transiciones demográficas y epidemiológicas como lo son envejecimiento

poblacional, factores reproductivos que supongan riesgo, inadecuados estilos de vida y diferencias biológicas.

Una de cada 8 mujeres en el mundo posee esta patología, se prevé que en 20 años esta cifra podría aumentar a una de cada 7 mujeres. Cada año en el mundo un millón de mujeres son diagnosticadas con cánceres de mama, de estas, alrededor de 400 000 mujeres mueren. Las cifras indican que se realiza un diagnóstico nuevo cada 30 minutos, mientras que cada 53 minutos fallece una mujer a causa del cáncer de mama.

Es importante reconocer que el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte en las mujeres tanto a nivel mundial como en América Latina (Rivera, 2017); siendo la primera causa de muerte por neoplasias malignas femeninas, desplazando en diversos países al cáncer cervicouterino. Se considera que entre el 5-10% de los casos diagnosticados son hereditarios, de los cuales solo 1% se atribuye a síndromes genéticos y los porcentajes restantes a factores como edad, cargas genéticas y antecedentes patológicos familiares.

Según la historia natural de esta enfermedad se sabe que la fase preclínica es detectable y tiene una duración de 1 a 3 años, en ese tiempo encontramos que existe la posibilidad de establecer medidas de prevención secundaria si hay una detección temprana. El objetivo de esta detección es identificar cánceres de mama cuando son de menor tamaño, ya que este se encuentra en una fase inicial y tiene otras particularidades que conllevan a un pronóstico favorable.

De acuerdo con la historia natural de esta enfermedad se sabe que la fase preclínica es detectable y tiene una duración de 1 a 3 años, en ese tiempo encuentra que existe la posibilidad de establecer medidas de prevención secundaria, si hay una detección temprana. El objetivo es

identificar el cáncer de mama cuando es de menor tamaño, porque se encuentra en una fase inicial y tiene otras particularidades que llevan a un pronóstico favorable.

Con relación a lo descrito, este estudio, plantea la siguiente pregunta:

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas en algunas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Pereira 2020?

1. Objetivos

2.1. Objetivo general

Describir características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas en algunas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Pereira 2020.

2.2. Objetivos específicos:

- . Caracterizar socio demográficamente la población objeto de estudio.
- . Identificar características epidemiológicas en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.
- . Establecer características clínicas en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

3. Justificación

En América Latina y el Caribe, es el cáncer de mama, es el más común en la mujer, manteniendo el segundo lugar en mortalidad. Algunos países mantienen tasas altas en riesgo de muerte por cáncer de mama, lo que demuestra las inequidades en salud en la región. Las mujeres con edad inferior a 65 años tienen prevalencia de muerte por cáncer de mama, en comparación con los Estados Unidos y Canadá. El diagnóstico temprano asociado a los avances en el tratamiento ha resultado en aumento a la supervivencia para las mujeres con este tipo de cáncer, sin embargo, algunas mujeres en muchos países de América Latina y el Caribe continúan teniendo un acceso limitado a estas intervenciones.

Se presenta en mayor proporción en las mujeres de los países desarrollados y no desarrollados, de acuerdo a la autora Ramos Aguilar y otros, han establecido una serie de factores de riesgo que generan mayor probabilidad en el desarrollo del cáncer de mama entre los que encontramos la edad, entre más aumenta la edad más aumenta la suma de factores de riesgo para padecer dicha afección, de manera similar los factores externos como el ambiente, alimentación, estilo y calidad de vida, historia familiar, edad tardía de la madre al concebir su primer embarazo son una de las muchas circunstancias que influyen en el desarrollo del cáncer de mama.

Colombia no es ajena a esta problemática y presenta tasas de incidencia y de mortalidad intermedias, se diagnostican cerca de 7.000 casos nuevos cada año, y mueren alrededor de 2.500 mujeres por esta causa. De acuerdo con las estimaciones de incidencia, en el período de 2000-2006, el cáncer de mama fue la primera causa en mujeres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

El cáncer de mama es una enfermedad que ha aquejado a la mayor población de mujeres en el mundo, desde ahí su importancia en la concientización de su detección primaria, y un mayor conocimiento de la patología, como los factores de riesgo, su prevención y los tipos de examen para evitar dicha enfermedad, siendo así el autoexamen el más importante y el paso a paso de cómo se realiza, brindar orientación de manera temprana desde las instituciones prestadoras de servicios de salud en diversas modalidades tendientes a mejorar la calidad de vida, al igual que apoyó durante los tratamientos quirúrgicos o invasivos para tratar el cáncer; y así mismo apoyo moral, social y espiritual y del entorno, prestando una buena atención al paciente durante su estancia para que se sientan en un ambiente agradable.

La Organización Mundial de la Salud, en su lucha contra el cáncer, recomienda que se incluya su atención integrada, en los planes nacionales en salud, y en los programas integrados con las enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados. El manejo integral del cáncer abarca desde la prevención, el proceso de detección temprana, el diagnóstico oportuno, el tratamiento específico, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Las organizaciones no han tenido gran influencia en la prevención de esta enfermedad aún es insuficiente, pues no hay sistematicidad en la ejecución de actividades y programas educativos.

Las prácticas de autoexamen son realizadas en mayor proporción por las mujeres de los países desarrollados y no desarrollados, de acuerdo a la autora Ramos Aguilar, y otros, señalan una serie de factores de riesgo que generan mayor probabilidad en el desarrollo del cáncer de mama entre los que se encuentra la edad, a mayor edad más aumenta la suma de factores de riesgo para presentar dicha afección, de manera similar los factores externos como el ambiente, alimentación, estilo y calidad de vida, historia familiar, edad tardía de la madre al concebir su

primer embarazo son una de las muchas circunstancias que influyen en el desarrollo del cáncer de mama.

De acuerdo a lo expuesto, es pertinente revisar las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas para pensar en una estrategia de intervención que modifique algunas de las mismas, desde los programas de atención primaria.

4. Marco referencial

4.1. Marco de antecedentes

Un estudio realizado en Santa Clara, Cuba, publicado el 08 abril 2020, por Hernández Robau, Celestino. Titulado “**Conocimientos sobre cuidados a la mujer mastectomizada del Centro de Cuba en la atención enfermera**”. Estudio de pacientes mastectomizadas con atención individualizada por enfermería quienes les ofrecerán los cuidados necesarios durante su estancia hospitalaria y les orientarán sobre el cuidado que deben seguir al egreso, por lo que es pertinente explorar su nivel de conocimientos sobre este tema; el objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de enfermeros/as acerca del cuidado a pacientes mastectomizadas en el Hospital Universitario Oncológico “Celestino Hernández Robau”. Se realizó un estudio descriptivo, en el periodo septiembre-diciembre de 2018, con método teórico: análisis-síntesis, inducción-deducción e histórico-lógico; y empíricos: con entrevista semiestructurada a enfermeros e informantes clave, cuyo resultados es el nivel de conocimientos de los enfermeros sobre los cuidados a las pacientes mastectomizadas resultó satisfactorio, aunque existen algunas debilidades relacionadas con autocuidado al egreso, donde la orientación es fundamental: la movilización de drenajes, cubrir el brazo afecto con calor, la reincorporación al trabajo, la realización moderada de actividad física y guiar ejercicios de rehabilitación. Para concluir a partir de estos resultados se considera la necesidad de una formación con contenidos actualizados en aspectos específicos del autocuidado, porque además de ser conocedores de su profesión, estos enfermeros también deben capacitarse como promotores de salud.

Otro estudio realizado en Lavras (MG) - Brasil, publicado el 30 de enero de 2019, de la Revista Brasileña de Computación Aplicada, por Santos Marques, Leomar; Rodríguez, Ricardo. Titulado **“Inteligencia computacional aplicada a la detección del cáncer mama”**. Se realizó un estudio sobre el cáncer de mama que tiene una alta tasa de mortalidad a nivel mundial, siendo la más frecuente en mujeres, habiéndose diagnosticado realizado mediante cribado, ecografía mamaria y mamografías, fuvo como objetivo desarrollar un clasificador para identificar el cáncer de mama utilizando sólo datos antropométricos y algunos parámetros de un análisis de sangre de rutina simple que son los biomarcadores Las redes neuronales MLP y las redes Neuro-Fuzzy (ANFIS) se utilizaron para tomar una decisión comité. Este estudio demuestra un gran avance en el área de la inteligencia computacional debido a la buena. Obteniendo un resultado de su clasificación de cáncer de mama, que fue 97% precisa, un valor más alto presentado en comparación con los trabajos de los últimos años que utilizaron biomarcadores similares en el período de 2013 al inicio del año 2018. Para concluir, los resultados, asociados con la historia de investigación computacional en el campo de las patologías demuestra la importancia del papel de inteligencia computacional en el progreso de la sociedad, como herramienta importante en la detección del cáncer mama y es necesario enfatizar que este método de clasificación no reemplaza el papel del médico en identificación del cáncer de mama, pero contribuye a reconocimiento temprano de esta patología.

Estudio realizado en Brasil, publicado en el año 2019 de la Revista Brasileira de Cancerología, por Nogueira Costa, Larissa Di Leo; de Lima Sardinha,; Verزارo Pabline Medeiros; Ana Hélia; Carvalho Lisbôa, Luciana; Léda, Lucena; Fernández Batista, Rosangela. Titulado **“Mortalidad por cáncer de mama y condiciones de desarrollo humano en Brasil”**. El estudio señala que el cáncer de mama es considerado de relativo buen pronóstico si se diagnostica y tratado precozmente con sobrevida media del 80% después de cinco años del diagnóstico, pero lo que se observa es que se trata de la segunda neoplasia más incidente en todo el mundo, cuyo objetivo es analizar el crecimiento de la tasa de mortalidad por cáncer de mama y las condiciones de desarrollo humano en Brasil. Se trató de un estudio descriptivo de series temporales en los dos períodos comprendidos entre 1998 a 2002 y 2008 a 2012, cuyo resultado obtenido se analizaron las tasas de mortalidad y los IDH comparando el primer

quinquenio (período 1998- 2002) con el segundo, (Período 2008-2012), se observó un aumento en la tasa de mortalidad de la mayoría de las capitales con excepción de Maceió, Porto Alegre, Florianópolis y Palmas, encontrando un aumento del IDH en todas las capitales del país. Se concluye que se ha producido un crecimiento del cáncer de mama en Brasil de forma general, incluso habiendo también una mejora de las condiciones de desarrollo humano en todo el país.

A continuación, un estudio realizado en España (2018), por Danet Danet, Alina; López Doblas, Manuela; March Cerdà, Joan Carles; Prieto Rodríguez, María Ángeles. Titulado: **“Heroína, pero no Superwoman. “Evaluación de una formación entre iguales para mujeres con cáncer de mama”**. Fue un estudio de diseño multicéntrico mixto cuantitativo y cualitativo cuyo objetivo consistió en “evaluar una actividad formativa entre iguales para pacientes con cáncer de mama desde la perspectiva de género; conocer los resultados y profundizar en las experiencias de pacientes y profesionales sanitarios participantes”. A los participantes se les realizó un cuestionario de evaluación pre-test y pos-test por vía telefónica con un intervalo de 6 meses y un taller educativo, el criterio de inclusión era haber pasado por cáncer de mama, se tuvieron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, estado civil y niveles de estudio, con un total de 318 participantes 192 realizaron el cuestionario pretest y 152 en la encuesta telefónica posttest, en general los pacientes demostraron unas buenas condiciones de salud donde las mayoría de los participantes mostraron un incremento en cuanto la autoeficacia y mejoró en la calidad de la dieta, pero en cuanto a las mujeres mayores de 50 años al momento de realizar el pretest los índices de autoeficacia eran bajos y una dieta desequilibradas pero tenían mejoría al realizar el posttest, algunas mujeres más jóvenes manifestaron que gracias al taller educativo cambiaron percepciones sobre su sexualidad y sus cuidados.

Un estudio realizado en España (2018); por: Laroussy, Lamiaa; Aimeijide, Alberto; Saladié, Francina; Espinás, Alfons Josep; Borrás, María Josep y Galceran, Jaume, titulado: **“Participación de la población inmigrante en el cribado de cáncer de mama de Tarragona, España”**. Cuyo objetivo fue evaluar las diferencias de participación en un programa de cribado de cáncer de mama entre mujeres autóctonas y alóctonas, en donde se utilizaron las siguientes variables: Edad y nacionalidad administrativa e índice de desarrollo humano del país de origen.

En este estudio se tomó una muestra de 98.456 invitados entre las edades de 50 y 69 años en donde se citaron a las mujeres a la participación en unas rondas de un programa de detección precoz del cáncer de mama de Tarragona, de esta muestra 40.824 mujeres tenían nacionalidad conocida un 29,54% correspondían a mujeres alóctonas, la participación de las mujeres autóctonas durante las 3 rondas fue de un 72,3% mientras que de las alóctonas fue de un 41,8%, evidenciando mayor participación en las mujeres entre las edades de (50 -59 años) que pertenecían a nacionalidad Asiáticas, Europa del Este y las de América del Sur, al momento del diagnóstico la distribución del cáncer por estadios fue similar en las mujeres autóctonas (0: 9,9%; I: 49,6%;II: 31,3%; III: 7,9%; IV: 1,2%) y alóctonas (0: 5,7%; I: 62,9%; II: 22,9%;III: 8,6%; IV: 0,0%) , este estudio permitió concluir que las mujeres alóctonas tenían una menor participación en comparación con las autóctonas; además la importancia de poder incluir estrategias que permita la participación de las mujeres alóctonas en programas de cribado.

Otro estudio realizado en Salvador Bahía Brasil, publicado el 28 febrero de 2018 de la Revista Fisioterapia de Pesquisa, por Alves Jesús, Lorena; Spínola Cedraz, Ivana; Peixoto Medrad, Alena. Titulado **“Capacidad funcional de miembros superiores en pacientes con cáncer de mama”**. Estudio observacional analítico transversal que utilizó una muestra por conveniencia de treinta y un pacientes que se sometieron a tratamiento quirúrgico de cáncer de mama con fisioterapia de forma ambulatoria, como herramienta para la recolección de datos de los pacientes, se aplicó el cuestionario Discapacidad Brazo Hombro y Mano (DASH) y se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas y frecuencias relativas y absolutas para variables categóricas, siendo el cáncer de mama es el tipo de cáncer que más afecta a las mujeres en todo el mundo. Las complicaciones derivadas del tratamiento oncológico de esta neoplasia, como la reducción del rango de movimiento de las extremidades afectadas, deben considerarse relevantes, ya que pueden perjudicar el retorno a las actividades habituales y comprometer la calidad de vida de los pacientes, para realizar un análisis funcional de miembros superiores de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por cáncer de mama, además de describir las características socioeconómicas y clínicas de esta población. Resultados: Los pacientes entrevistados tenían una edad media de 51 ± 7 años, el tratamiento fisioterapéutico ambulatorio se realizó a los siete meses o menos de la cirugía (51,6%). La media total de la puntuación DASH final fue de 45 ± 17 . Para concluir, la fisioterapia ambulatoria, incluso si se inició tarde,

interfirió positivamente en la capacidad funcional de los miembros superiores después de la cirugía de cáncer de mama.

El estudio realizado en ciudad de México (2017); por: Azcarate García, Esther; Valle Matildes, Uziel; Villaseñor Hidalgo, Rodrigo y Gómez Pérez, Abraham Isayd, titulado: **“Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México”**. Cuyo objetivo fue determinar la percepción de mujeres en seguimiento por cáncer de mama respecto al apoyo social en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México, las variables de estudio fueron datos sociodemográficos como edad, escolaridad y estado civil. Se tomó una muestra de 96 pacientes que tenían diagnóstico de cáncer de mama y que bajo consentimiento informado aceptaron que se les aplicará el cuestionario de Duke-UNK que permitía evaluar de manera cuantitativa el apoyo social, los resultados arrojaron rangos de edades que correspondía un 28,1% a mujeres entre los 61 a 70 años, un 22,9% entre los 51 a 60 años, un 14,6% de 31 a 40 años, un 13,5% de 41 a 50 años, un 12,5% de 71 a 80 años, un 5,2% de 81 a 90 años y un 3,2% de 21 a 30 años, de acuerdo a la escolaridad un 30,2% tenían un grado de escolaridad de primaria y secundaria, un 21,1% bachillerato y un 12,5% licenciatura, en cuanto al estado civil un 56,2% eran casadas, un 35,4% viudas y un 8,3% viudas, respecto al cuestionario de Duke-UNK determinó que un 14% de los pacientes recibían apoyo social mientras que un 26% no contaban o tenían un poco apoyo social; además el 90% tenía un apoyo afectivo normal y escaso un 10%, un apoyo confidencial-social normal un 40% y escaso un 60% y el apoyo afectivo fue normal en 30% y escaso en 70%. Esto concluyó que las mujeres con cáncer de mama en su mayoría tenían un apoyo social normal; este apoyo era clave para la recuperación del paciente y que provenía de su familia.

Un estudio realizado en Coruña, España, publicado el 30 de agosto de 2017, por Rey-Villar R, Pita-Fernández S, Cereijo-Garea C, Seoane-Pillado T, Balboa-Barreiro V, González-Martín C. Titulado: **“Calidad de vida, ansiedad antes y después del tratamiento en mujeres con cáncer de mama”**, de la revista: Latino Americana Enfermagem; el estudio se enfatizó en la calidad de vida y ansiedad con usuarios de cáncer de mama y cambios paulatinos tras los

tratamientos, el método de estudio fue prospectivo que mostró casos incidentes de cáncer de mama, los cuestionarios de calidad de vida fueron: QLQC-30, QLQBr23, y ansiedad: STAI. Se realizó análisis multivariado para identificar variables asociadas a calidad de vida y ansiedad basales y las diferencias pre y post tratamiento, tuvo autorización del comité de ética y consentimiento informado. Los resultados: las dimensiones de calidad de vida basales con menor puntuación son: perspectivas de futuro (46,0/100), disfrute sexual (55,7/100). Dimensiones con mayor puntuación: imagen corporal (94,2/100), funcionalidad del rol (93,3/100), con los síntomas más relevantes fueron: insomnio, fatiga, preocupación por pérdida del cabello, después de tratamientos, empeoraron: función física, del rol, imagen corporal, dificultades financieras y sintomatología, mejoraron la función emocional y perspectivas de futuro, presentaron ansiedad severa como estado 48,6% y como rasgo 18,2%. La mayor ansiedad estado basal se asoció con estado civil casadas-viudas y medicación ansiolítica. La mayor ansiedad con situación laboral inactiva, medicación ansiolítica, hinchazón mamaria y estadios avanzados al diagnóstico. Luego de los tratamientos, disminuye significativamente la ansiedad. Se concluye que después de los tratamientos, la puntuación de calidad de vida se modifica positivamente y la ansiedad como estado y como rasgo disminuye.; es necesario, identificar los problemas de salud más comunes entre las mujeres con cáncer de mama como indicar la necesidad de fortalecer la atención, el apoyo y la información en términos de emoción, sexo e imagen corporal, y a su vez, reconoce las iniciativas que el cuidado ya ha iniciado y promovido, y marca el rumbo para el desarrollo de futuras intervenciones.

Un estudio realizado en Madrid, España, publicado 11 abril 2017, por Villacorta Martín, Alicia; Villacorta Martín. Diana. Titulado “**Cuidados de Enfermería en la mujer con mastectomía profiláctica tras el alta hospitalaria**”, de la revista ICUE. Investigación y Cuidados de Enfermería. Desde el ámbito de la enfermería esta situación puede mitigarse a través de una valoración biopsicosocial y una correcta planificación de cuidados, su objetivo fue establecer los elementos fundamentales de la valoración, los diagnósticos de Enfermería NANDA-International (NANDA-I), los resultados NOC (Nursing Outcome Classification), y las intervenciones NIC (Nursing Intervention Classification), más adecuadas en un Plan de Cuidados Estandarizado en mujeres sometidas a mastectomía profiláctica. Cuyo material y

métodos: La propuesta de planificación de cuidados se basó en la búsqueda de evidencias en tres bases de datos bibliográficas UptoDate, Cochrane Plus y Cuiden. Los resultados obtenidos describen los aspectos psicológicos, sociales y sexuales de la valoración. Se han identificado tres diagnósticos de enfermería:(00146), ansiedad, (00153); riesgo de baja autoestima situacional y (00118), trastorno de la imagen corporal para los que se han seleccionado resultados NOC e intervenciones NIC, además de tres complicaciones potenciales: depresión, disfunción sexual y síndrome de dolor post - mastectomía. Se concluye, que la búsqueda de pruebas proporciona una base científica para las siguientes recomendaciones como un plan de atención estandarizado para mujeres con mastectomía preventiva más allá de la fase aguda.

Otro estudio realizado en Cuba, publicado en el año 2017 de la Revista MEDISAN, por Carrión Peñalver, Reyna Esther, Castellanos Carmenate Teresa, Pérez Salinas Lisbet y Agüero Martin Raiza. Titledo **“Incidencia de algunos factores sociales en el incremento del cáncer de mama”**. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal de 95 pacientes (90 mujeres y 5 hombres), atendidos en la consulta de Mastología del Hospital Oncológico Provincial Docente “Conrado Benítez” de Santiago de Cuba, desde enero de 2014 hasta febrero de 2015, con vistas a determinar los factores sociales que inciden en el incremento del cáncer de mama y, a partir de entonces, elaborar una propuesta de acciones que permitan potenciar la promoción y educación para la salud. Se aplicó técnicas cualitativas que permitieron conocer las experiencias, las actitudes, los pensamientos y las reflexiones de los participantes expertos. Se observó que la mayoría de los pacientes (67,4 %) desconocían lo relacionado con las actividades de promoción de salud desarrolladas por las organizaciones de masas, así como el pobre desempeño de los médicos de familia en este sentido. Para concluir, la edad promedio fue de 45 años, el predominio del grupo etario de 31-40 años (33, para 34,7 %), seguido por el de 41-50 (30, para 31,6 %); igualmente, prevaleció el sexo femenino (84,2 %).

Otro estudio realizado en Colombia (2020); por: Hernández Bonilla, Lisa Daniela; Castellanos Araque, Franlet y Toloza Delgado, Jurgen Daniel, titulado: **“Aspectos psicosociológicos del cáncer de mama, e impacto de la intervención integral en la calidad de vida en pacientes de Cúcuta-Colombia”**. Donde su objetivo fue abordar y estudiar los rasgos biopsicosociales propios del cáncer de mama en la población residente en Cúcuta, específicamente en las pacientes atendidas en la institución Oncomedical IPS, en donde se

utilizaron las siguientes variables de estudio como datos sociodemográficos de la base de datos de la institución Oncomedical. Se realizó un seguimiento a 41 casos de pacientes con patología mamaria maligna, donde se recolectaron datos biopsicosociales que les permitió indagar sobre los antecedentes familiares, de acuerdo a la Odds (método para calcular probabilidades de que se presente alguna enfermedad); esto permitió determinar que un 19,87% de mujeres jóvenes podrían padecer cáncer de mama; además arrojó como resultado que las mujeres con antecedentes de ansiedad con un promedio de 7,1577, las mujeres deprimidas con un promedio de 10,142 y las mujeres con menopausia con un promedio de 6.34 tenían más riesgo de ser diagnosticadas con cáncer de mama ; además, se les aplicó un cuestionario de patrón de conducta tipo C que permitió establecer la diferencia que había en la conducta entre mujeres sanas y enfermas, el resultado demostró que un 95,12% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama tenía un patrón de conducta tipo C, y un 53% de las mujeres sanas mostraban conductas que les dificultaba expresar la emoción, de acuerdo a estos resultados se determinó que un promedio del 16,84 de mujeres con conducta tipo C podrían padecer cáncer de mama considerándose así un factor de riesgo. Este estudio permitió concluir que ser joven y tener antecedentes de ansiedad, depresión, menopausia; además de una conducta tipo C en mujeres enfermas, son un factor de riesgo para padecer cáncer de mama.

Otro estudio realizado en Colombia (2020); por: Burbano García, Claudia Lorena; Muñoz Orozco, Claudia Patricia; Cabanillas Cuadros, María Camila y Sinisterra, Maribel Alegría. Titulado: **“Estudio de caso sobre la afectación en la sexualidad en las mujeres con mastectomía”**. Su objetivo fue describir la afectación de la sexualidad en las mujeres que han pasado por un proceso de mastectomía desde las voces de los participantes; las variables de estudio fueron datos sociodemográficos. En este estudio se tomó una muestra de 3 participantes que habían pasado por una mastectomía, se les aplicó una encuesta de tal manera que ellas pudieran expresar sus emociones, contar su vida, emociones y los cambios que se habían presentados desde 3 puntos de vista: (Física, psicológico y social); De acuerdo a estas 3 dimensiones se obtuvo un resultado desde el aspecto físico donde 3 participantes manifestaron pensamientos negativos hacia su cuerpo, las mujeres manifestaban inconformidad con su cuerpo, sentían que habían perdido su atractivo físico y que ya no estaban conformes. Desde el aspecto psicológico: Las participantes evidenciaron emociones y pensamientos negativos que

afectaban la salud mental, las emociones y las vivencias vividas desde el momento que fueron diagnosticadas fue una parte difícil para ellas, debido al proceso de asimilación y aceptación. Desde el punto de vista social se volvieron más susceptibles a los comentarios y opiniones de los familiares, conocidos y amigos, en esta dimensión, los familiares juegan un papel fundamental para la recuperación y mejoría del paciente. De esta forma se pudo concluir que la mastectomía afecta de forma significativa a las mujeres desde varios puntos de vista y que para ello es importante implementar medidas donde se puedan implementar otras dimensiones como la espiritual, el área sexual para que las mujeres puedan tener una vida más segura de sí mismas.

Un estudio realizado en Montería, Colombia (2020); por Ruiz, Doria, Carolina Sixta, Jiménez Valencia, Nina Nydia; Montes Ortega, Eliecer Jorge. Titulado: **Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en Córdoba, Colombia.** El objetivo de esta investigación fue determinar las estrategias de afrontamiento desarrolladas por las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, con un total de 131 mujeres que participaron de forma anónima, aleatoria y voluntaria con edades entre los 35 y 70 años, el criterio de inclusión era que las mujeres participantes su cáncer de seno tuvo que haber sido diagnosticado por medio de la mamografía, los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sociodemográfico, inventario de Brief-Cope, la escala de Estanimos. Como resultados significativos de la investigación se identificó que el 62.6% pertenecían al estrato socioeconómico 1; a su vez las mujeres de escasos recursos económicos, bajo nivel educativo, pareja sentimental y sin empleo al momento de evaluar el afrontamiento se observó que un 55% de las pacientes utilizaban el planeamiento como principal estrategia cognitiva; a pesar de estas mujeres tienen condiciones de vida precarias, estas encuestadas implementan estrategias para sobrevivir gracias al acompañamiento de la familia potencia su capacidad de afrontamiento.

El siguiente estudio realizado en Amalfi, Colombia (2019); por Arango Rendón Luis Fernando, Rendón Llano, Simón; Palacio Garcés, C Isabel, titulado: **El cáncer de seno: conocimientos, actitudes y prácticas para la detección temprana en Amalfi, Antioquia.** Estudio de corte transversal donde su objetivo fue caracterizar los saberes, aptitudes y detección temprana de cáncer seno a las mujeres entre los 30 y 69 años, se eligieron de manera aleatoria a

las mujeres a las cuales se les implementó una encuesta donde se evaluó el conocimiento de los factores de riesgo y los síntomas del cáncer de seno, a las participantes también se les interrogó sobre el realizó del autoexamen de seno y la mamografía; las que responden de forma negativas se les explicaba en qué consistían estos exámenes y a las edades respectivas para realizarlos. Se obtuvo un total de 335 mujeres encuestadas donde se evidencio que en cuanto a las características sociodemográficas que el 35.5% de ellas no habían terminado la primaria o simplemente no estudió, también que un 66.6% pertenecían al régimen subsidiado. En cuanto a su conocimiento sobre el cáncer seno cuatro manifestaron su desconocimiento sobre la enfermedad y el 21% de las encuestadas mencionaron que tenían un familiar con la enfermedad; las mujeres entre los 30 y 49 años sabían que era un autoexamen de seno, examen clínico y mamografía, se debe destacar que todas las mujeres a pesar de afirmar que la detección temprana eran importantes para el tratamiento muchas de ellas desconocían cual eran la sintomatología y factores de riesgo que pueden llevar a un cáncer de mama.

El estudio realizado en Armenia, Colombia, publicado en el 2019 de la Revista Investigaciones Andina, por García Castañeda, Jheimy; Ruiz Hoyos, Bayron. Titulado “**El cáncer de mama y su relación con los factores de riesgo modificables en mujeres de armenia, Quindío**”. Se realizó un estudio exploratorio con mujeres de una institución prestadora de salud (IPS) privada de Armenia, con cáncer de mama y que consultaron en el segundo semestre de 2013 previo consentimiento informado; se hizo prueba piloto y se aplicó instrumento Step V 2.1 previamente validado; se procesó la información en base de datos SPSS 19 y se hizo un análisis univariado y bivariado. El cáncer de mama es el cáncer ginecológico más frecuente en mujeres en todo el mundo, con 1,67 millones de nuevos casos reportados. Existen factores de riesgo modificables, como la nuliparidad o la primiparidad luego de los treinta años, no haber lactado, utilizar terapia de reemplazo hormonal, consumo regular de bebidas alcohólicas, obesidad, inactividad física y consumo de tabaco. Objetivo: describir los factores de riesgo modificables en mujeres de Armenia y su relación con cáncer de mama. Donde los resultados fueron, se incluyeron 77 mujeres con edad promedio 59 años (IC 95% 56-62), diagnosticadas 26% en estadio II B y 22,1% en estadio III B, donde el tratamiento más frecuente fue la mastectomía (67,5%). De igual forma, se encontraron presentes factores de riesgo como el consumo de tabaco, el alcohol, la obesidad y la inactividad física en esta población; también, se observó relación entre el consumo de grasas saturadas y los estadios

avanzados de la enfermedad. Para concluir, los resultados son similares a la literatura respecto a los factores de riesgo modificables, a los que se suman los bajos ingresos y el bajo nivel socioeconómico como factores de riesgo de contraer esta patología.

El estudio realizado en Tunja, Boyacá, Colombia, publicado 12 enero de 2019, por Durán Avendaño, M.A. & Ruiz de Cárdenas, C.H. Titulado “**Experiencias de cuidado de las mujeres boyacenses, sometidas a mastectomía por cáncer de mama**”, de la revista Cultura de los cuidados. Emplearon la metodología cualitativa de tipo etnográfico según la etnoenfermería de pequeño alcance, de la teoría transcultural de Leininger. Participaron 10 mujeres informantes claves y 8 personas informantes generales, y el análisis de la información obtenida en las entrevistas, se desarrolló en 4 fases con recolección, descripción y documentación de datos en bruto; identificación y categorización de los descriptores y componentes; análisis contextual y de patrones; y los temas centrales, hallazgos de investigación, formulaciones teóricas, y recomendaciones. El análisis se realizó teniendo en cuenta la guía propuesta por Leininger. Los factores de la estructura social y cultural, del modelo del Sol naciente, se describieron las experiencias de cuidado vividas por las mujeres identificando en total 208 códigos y 20 patrones recurrentes, que se analizaron y según el nivel de codificación se etiquetaron y codificaron dando origen a seis temas como son el acompañamiento una parte importante en el cuidado de la mujer sometida a mastectomía; la fuerza de la fe; efectos desagradables del tratamiento; la experiencia vivida; la importancia del cuidado en la recuperación y la alimentación soporte básico en la recuperación. Para concluir, las usuarias de mastectomía por cáncer de mama tienen una gran influencia cultural de generación en generación, especialmente de madres y abuelas. Las mujeres participantes en el evento demostraron cómo complementaron la atención profesional que recibieron a través de las prácticas tradicionales de enfermería. Es beneficioso para su salud física, emocional y mental.

Un estudio realizado en Huila, Colombia, publicado en octubre de 2019 de la Revista Colombiana de Cirugía, por Olaya JG, Cardozo JA, Díaz SE, Sánchez R, Sanjuán J. Titulado

“Tamización para cáncer de mama en el departamento del Huila, Colombia” Se realizó mediante examen clínico anual a partir de mujeres de 40 años y mamografía bianual en mujeres de 50 a 69 años; este artículo muestra la experiencia en el cribado con mamografía, y examen clínico de mama en el estado de Huila, como métodos y materiales, considerando el estado de Huila, ubicado en el sur de Colombia, tiene una población de 1.097.615, para seleccionar municipios para el estudio. El control se llevó a cabo entre junio de 2011 y diciembre de 2013; un vehículo personalizado permaneció en cada municipio durante un período de tiempo establecido, esta unidad móvil fue equipada con área de recepción, consultorio médico y unidad de mamografía digitalizada, donde el cribado se realizó por mama, examen clínico y mamografía de dos proyecciones, y se obtuvo como resultado, 5.212 pacientes, de los cuales 4.995 tenían información completa. 100 mujeres (2%) tuvieron resultados positivos hallazgos del examen clínico de mama; El 51,9% de las mamografías fueron BI-RADS 3 y 56 (1,12%) BI-RADS 4 o 5. El diagnóstico de cáncer se confirmó en 29 pacientes, 9 de ellos con carcinoma in situ y 20 con infiltración carcinoma, de los cuales 17 (59%) tenían tumores en estadio temprano. Para concluir el trabajo muestra que es posible detectar el cáncer de mama con mamografía y mama examen clínico en municipios alejados de los grandes centros urbanos de Colombia, siempre que exista una infraestructura y médicos generales o enfermeras con formación en detección precoz del cáncer de mama.

Un estudio realizado en Medellín, Colombia, publicado el 05 de septiembre de 2018 de la Revista Cubana de Obstetricia Ginecología, por Bedoya, Astrid Milena, López Arcila, Alejandra; Cardona Arias, Jaiberth Antonio. Titulado **“Factores de riesgo para el cáncer de mama”**. El cáncer de mama es el más común entre las mujeres, sus factores de riesgo no han sido sistematizados desde un enfoque amplio de las revisiones publicadas, cuyo objetivo es sistematizar los factores de riesgo del cáncer de mama a partir de publicaciones de estudios de casos y controles en el período 2008-2018. Su metodología fue la revisión sistemática de la literatura con base en la aplicación de un protocolo exhaustivo y reproducible, siguiendo las fases de identificación, tamización, elección e inclusión de la guía PRISMA. Se realizó síntesis cualitativa con proporciones e intervalos de confianza del 95 %; se obtuvieron los siguientes resultados los cuales analizaron 298 estudios, en 2.927.342 mujeres, la mayoría de México (2.000.835). Los países con mayor frecuencia de publicación fueron EE.UU. (20,9 %) y China (10,8 %). El grupo de factores de riesgo más estudiado fue la dieta (26,6 %), los factores

reproductivos (14,8 %) y el estilo de vida (9,1%); los menos estudiados son los biológicos, solo uno abordó este tipo de factor reportando una fuerte asociación de la seroconversión IgG en citomegalovirus con el desarrollo de cáncer de mama. Los tres factores que registraron mayor fuerza de asociación fueron la obesidad, los factores psicosociales y el citomegalovirus. Como conclusiones se halló una amplia diversidad de factores de riesgo, algunos estudios con diseños rigurosos para establecer asociaciones etiológicas sólidas y otros con un desarrollo investigativo incipiente o problemas metodológicos que impiden consolidar hipótesis causales y por tanto la posibilidad de intervenir en los principales desencadenantes de la aparición de la enfermedad.

Otro estudio realizado en Cartagena, Colombia, publicado el 31 de octubre de 2016 de la Revista Scielo, por Montalvo Prieto, Amparo Astrid; Fajardo Rocha Hanier, Angulo Yepes Tatiana Beatriz; Flórez Navas, Daniel Eduardo, Caffroni Monterroza, Rosa Angélica; Fajardo Torres, Yielisa María. Titledo **“Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama”**. Cuyo objetivo fue asociar las condiciones sociodemográficas y el nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama en instituciones de salud, Cartagena; la metodología fue un estudio descriptivo correlacional, realizado a 108 mujeres con diagnóstico de menos de un año de cáncer de mama. Se utilizaron dos instrumentos, la encuesta sociodemográfica y la Escala de incertidumbre en la enfermedad para el adulto de Mishel; los datos fueron almacenados en Excel y procesados en SPSS, para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi cuadrado (Prob. de Chi cuadrado $p < 0,05$). Los resultados fueron que el 60,2% presentó un regular nivel de incertidumbre, con mayor incidencia en el grupo de edad de 45-64 años y un nivel educativo bajo 47% (51). Al evaluar el marco de estímulos, 61,1% (66) no sabían si habría cambios en su tratamiento, no podían planear su futuro el 50,9% (55) y predecir el curso de su enfermedad el 60,2% (65). El 60,2% (65) reconoce al equipo de salud como responsable de su cuidado. Además, se encontró asociación entre la escolaridad y el nivel de incertidumbre con un valor de $p=0,03$. Para concluir el grado de escolaridad se asoció con el nivel de incertidumbre presente en las participantes. Por ser la edad un factor predictor en esta enfermedad, se deben establecer acciones orientadas a su diagnóstico temprano. Como autoridad creíble, la enfermería debe realizar acciones de cuidado al momento del diagnóstico para disminuir interrogantes y la afectación emocional.

Un estudio realizado en Colombia (2016); por Sánchez, Guillermo; Niño, Carlos C; Estupiñán Ana, Titulado: **Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia.** Fue un estudio observacional analítico donde su objetivo fue establecer cuál era el porcentaje de tratamiento oportunos en un grupo de mujeres colombianas con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales, las mujeres que participaron en la investigación eran mayores de edad con un diagnóstico de cáncer de mama confirmado a las cuales con previo consentimiento informado se les aplicó un instrumento que contenía variables sociodemográficas, transcurso clínico de la enfermedad , negación de un servicio y el uso de recursos legales. Se incluyeron 240 mujeres entre los 30 y 85 años donde se identificó que a un 30.4% de las mujeres se les fue negado un servicio varias veces, que el 31.3% de las participantes presentaron una tutela, a su vez se demostró que las mujeres que tenían un nivel de estudio superior al bachillerato tenían un acceso oportuno al tratamiento.

Un estudio realizado en Popayán, Colombia, publicado el 22 de febrero 2016; por Muñoz Bravo, Sandra Felisa; Tose Vergara, Paula Andrea. Titulado **“Vivencias y prácticas de autocuidado de las mujeres con cáncer de mama. Popayán, Colombia.”**, de la revista Universidad industrial de Santander, sobre el cáncer de mama en la etapa de diagnóstico y control afectará la composición física, emocional, conductual, espiritual, social y familiar de las mujeres, su propósito fue describir las experiencias y prácticas de las mujeres con cáncer de mama en cada etapa descrita, determinar las condiciones básicas (edad, educación, etc.), describir los requerimientos generales de autocuidado (relaciones familiares y personal de salud), requerimientos de desvío de salud (conocimientos generales sobre el cáncer) y determinar las necesidades y prácticas de autocuidado, estudio etnográfico cualitativo de 10 mujeres con cáncer de mama, 5 mujeres que reciben tratamiento y 5 mujeres que reciben control ambulatorio, la información se obtuvo a partir de entrevistas semiestructuradas, entrevistas públicas, registros médicos y diarios de campo, y se ajustó de acuerdo con la teoría general de las deficiencias del autocuidado de Dorothea Orem. Los resultados obtenidos demostraron que existe un desconocimiento generalizado sobre el cáncer de mama, el cáncer sigue siendo una enfermedad contraindicada, sinónimo de dolor, sufrimiento, desfiguración y muerte, cambiará el estilo de vida y la calidad de vida, haciendo lento y difícil el proceso de adaptación. El procedimiento que debe realizar el paciente se convierte en un obstáculo para el

proceso. Podemos concluir que para las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, no existe un modelo de atención integral, este tratamiento es sólo clínico e ignora los aspectos sociales y psicológicos inherentes a la enfermedad.

4.2. Marco Teórico.

4.2.1. Conceptualización teórica del cáncer.

El cáncer es el crecimiento descontrolado y anormal de tejidos y células, lo cual deriva en la aparición y diseminación de tumores en el cuerpo. Como potencial resultado, la expansión de células desde un tumor primario hacia las distintas partes del cuerpo se define como proceso metastásico, en el cual pueden aparecer nuevas masas y tejidos.

Ahora bien, cabe destacar que la clasificación de cáncer obedece a aspectos morfológicos, histológicos, radiológicos, tumorales entre otros.

Mama normal: La mama normal puede presentar variaciones según la condición de nutrición, ciclo menstrual, qué edad tenga el paciente, entre otros factores. Cabe mencionar que, en una paciente joven, la mama suele poseer características de firmeza, conicidad, elasticidad y claridad en la superficie del pezón. Además, con respecto a los tejidos mamarios, es pertinente resaltar que su tejido es de fácil reconocimiento, así como el que los senos se pueden mover sobre la pared anterior de la costilla. En pacientes ancianos, la mama es pendular, su elasticidad ha disminuido, y la precisión en sus límites es menor. En pacientes obesos, el tamaño de la mama es mayor, y tiende a colgarse. Por el contrario, en pacientes delgados el tamaño de la mama es menor. Cabe anotar que la elasticidad y la sensibilidad ante las palpaciones aumentan durante los ciclos menstruales. (Muniagurria & Baravalle, n.d.)

Que es el cáncer de mama

Se define a esta patología como el crecimiento anormal y diseminación incontrolada de células mamarias, las cuales inician un proceso de división y acumulación más acelerados que los de las células sanas; y, por consiguiente, abren paso a la aparición de un tumor. Además, cabe la

posibilidad de una inminente expansión celular hacia los ganglios linfáticos, e incluso a distintas partes en el cuerpo. lo cual es conocido como metástasis; existen factores hormonales, de estilo de vida y factores ambientales que pueden aumentar el riesgo, no obstante, no son necesariamente las causas de esta enfermedad, existen otros factores como cáncer de mama heredado y otros cánceres.

El cáncer de mama tiene algunas clasificaciones como se señala a continuación:

En primer lugar, la clasificación histológica se encuentra compuesta por el carcinoma ductal invasivo o infiltrante (CDI), el carcinoma lobulillar invasivo o infiltrante (CLI), además del carcinoma ductal “in situ” o carcinoma intraductal (CDIS).

Clasificación de la etapa (sistema TNM)

El Comité “American Joint Committee on Cancer (AJCC) y el International Union for Cancer Control (UICC)” suministran un instrumento de estadificación TNM, el cual sirve de herramienta para estadificar diversos tipos de cáncer de acuerdo con determinados patrones. Dicho método es actualizado periódicamente con el objetivo de extender el conocimiento actual sobre una patología como el cáncer. Cabe resaltar que el sistema TNM le establece a cada cáncer una letra, un descriptor numérico del tumor, la metástasis, así como los ganglios. En lo que respecta a las siglas, la letra T señala un tumor de orden primario. Por su parte, la letra N hace referencia a los ganglios linfáticos, y revela una posible metástasis a los ganglios linfáticos circundantes. Por último, la letra M ilustra el estado de la metástasis, y señala si ha habido expansión de células cancerígenas por el cuerpo. (American Joint Committee on Cancer (AJCC) y el International Union for Cancer Control (UICC), n.d.)

Otra clasificación es la tumoral de acuerdo a la mamografía es el sistema BI-RADS método para clasificar los hallazgos mamográficos según Colegio Americano de Radiología (ACR) desarrolló el *Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS)* (Aibar et al., 2011) dentro de sus objetivos está categorizar las lesiones mamarias, estandarizar el informe mamográfico y monitorizar los resultados, que permitan un adecuado manejo de la patología entre especialistas (Camacho-Piedra & Espíndola-Zarazúa, 2019).

El BI-RADS provee guías para dar un adecuado manejo a las lesiones no palpables que presentan las mujeres con cáncer de mama, ahora bien, este sistema, no es solo útil para diferenciar las lesiones benignas de las lesiones malignas, sino que es también de gran utilidad para reducir en gran proporción la realización de biopsias innecesarias. Sin embargo, a algunas lesiones de BI-RADS categoría 3 se realiza la biopsia a petición insistente de la paciente o a consideración del especialista.

Según El sistema BI-RADS clasifica 6 categorías, que determinan desde un estudio normal, categoría 1 que solo requiere seguimiento, hasta una categoría 6 donde se observa lesiones con malignidad demostrada con biopsia antes del tratamiento definido, durante el tamizaje se trata de visualizar y definir lesiones, calcificaciones o alteraciones en la arquitectura mamaria. (Acosta-Martínez et al., 2016)

Categoría 1: normal, ningún hallazgo a destacar. Se recomienda seguimiento a intervalo normal.

Categoría 2: normal, pero existen hallazgos benignos. Se recomienda seguimiento a intervalo normal.

Categoría 3: hallazgos con una probabilidad de malignidad <2%. Se describen 3 hallazgos específicos:

- . Nódulo sólido circunscrito no calcificado.
- . Asimetría focal.
- . Microcalcificaciones puntiformes agrupadas.

Para su asignación es preciso realizar una valoración completa por la imagen (proyecciones adicionales, ecografía, comparación con estudios previos), y por definición se excluyen las lesiones palpables. La actitud recomendada es el seguimiento con intervalo corto, que consistirá en una mamografía unilateral a los 6 meses y bilateral a los 12 y 24 meses.

Categoría 4: incluye aquellas lesiones que van a requerir intervencionismo, si bien tienen un rango de probabilidad de malignidad muy amplio (2-95%). Por ello, se sugiere una división en tres subcategorías:

4a: baja sospecha de malignidad (el resultado esperado es de benignidad)

4b: riesgo intermedio de malignidad (requiere correlación radio-patológica)

4c: riesgo moderado de malignidad (el resultado esperado es de malignidad)

Categoría 5: hallazgos típicamente malignos, con una probabilidad >95%. La actitud recomendada es tomar acciones apropiadas.

Categoría 6: lesiones con malignidad demostrada mediante biopsia, previa a terapias definitivas (cirugía, radioterapia o quimioterapia), y por lo tanto no se debe confirmar su malignidad. (Larrea Alvarado et al., 2016)

Clasificación genética:

Con las nuevas técnicas, se abre paso a un mejor análisis genético del cáncer de mama. Dichos procedimientos han logrado mayor precisión en cuanto a la clasificación del cáncer de mama en proporción a una potencial recaída. Ahora bien, dentro de la clasificación de orden molecular se constituyen cuatro variedades de cáncer de mama: El luminal A, el luminal B, el HER 2 y el basal similar. En primera instancia, un tumor de orden luminal posee receptores hormonales de orden positivo. Por su parte, un HER2 expresa HER2, Y un basal similar, también llamado triple negativo, no cuentan con receptores de tipo negativo o HER2. En síntesis, el pronóstico más alentador tiene directa relación con el luminal A; mientras que el basal tiene el menos alentador. (Santaballa Bertrán, 2020)

Tipos de cáncer de mama

La Sociedad Americana de cáncer define los tipos de cáncer de mama, como se establece a continuación:

Carcinoma ductal invasivo o infiltrante (CDI)

El carcinoma ductal invasivo (IDC) es el tipo más común de cáncer de mama.

Aproximadamente 8 de cada 10 cánceres de mama son carcinomas ductales invasivos (o infiltrantes).

La IDC comienza en las células que recubren un conducto lácteo en la mama. A partir de ahí, el cáncer invade la pared del conducto y crece hacia los tejidos mamarios cercanos. En este punto, puede tener la capacidad de propagarse (hacer metástasis) a otras partes del cuerpo a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo.

Carcinoma lobulillar invasivo o infiltrante (CLI)

Se estima que 1 de cada 10 cánceres de mama invasivos es carcinoma lobulillar invasivo (CLI). La ILC comienza en las glándulas productoras de leche (lóbulos). Como IDC, puede extenderse (hacer metástasis) a otras partes del cuerpo. El carcinoma lobulillar invasivo puede ser más difícil de detectar en un examen físico y por imágenes, como una mamografía, que el carcinoma ductal invasivo. A diferencia de otros tipos de carcinomas invasivos, aproximadamente 1 de cada 5 mujeres con ILC pueden tener cáncer en ambos senos.

Carcinoma ductal “in situ” o carcinoma intraductal (CDIS).

En lo concerniente al carcinoma intraductal, se estima que su probabilidad de aparición se encuentra en 1 de cada 5 cánceres de mama con diagnóstico reciente. No obstante, en la mayoría de los casos hay altas probabilidades de superarlo. Cabe destacar que el CDIS puede llamarse carcinoma intraductal, así como cáncer de mama en un estadio 0. Una de sus características es el no ser invasivo; es decir que, aunque el recubrimiento de los conductos posea células de origen canceroso, estas no han de diseminarse hasta el tejido mamario contiguo. Como consecuencia, el CDIS no puede tener un efecto metastásico en partes corporales diferentes al seno.

En la actualidad no es posible determinar fehacientemente cuales se pueden convertir en un cáncer invasivo o no; así que las pacientes diagnosticadas con carcinoma intraductal deben acudir a tratamiento. (American Cancer Society, n.d.)

Estadios del cáncer de mama

Según la American Society of Clinical Oncology (ASCO), existen cinco estadios: el estadio 0 (cero), el cual es el carcinoma ductal in situ no invasivo (DCIS), y los estadios I a IV (1 a 4),

que representan el cáncer de mama invasivo. El estadio es una forma común para describir el cáncer para que los médicos puedan planificar de forma conjunta los tratamientos adecuados.

La estadificación puede ser clínica o patológica. Esta se basa en los resultados de las pruebas que son realizadas antes de la cirugía, que pueden ir desde un examen físico, una ecografía, una mamografía y una resonancia magnética. El diagnóstico del estadio patológico se realiza según lo encontrado durante la cirugía para extirpar el tejido mamario y los ganglios linfáticos. Días después del procedimiento quirúrgico se obtienen los resultados de este. La estadificación patológica aporta la mayoría de la información para determinar el pronóstico de un paciente.

Estadio 0: Se basa en una enfermedad que se limita a los conductos y lobulillos del tejido mamario y que no se ha extendido al tejido que bordea la mama. También es conocido como cáncer no invasivo (Tis, N0, M0).

Estadio IA: el tumor es pequeño, invasivo y no se ha extendido a los ganglios linfáticos (T1, N0, M0).”

Estadio IB: el cáncer se ha extendido sólo a los ganglios linfáticos y mide más de 0.2 mm, pero menos de 2 mm. No existe evidencia de tumor en la mama o el tumor en la mama mide 20 mm o menos (T0 o T1, N1, M0).

Estadio IIA: Puede presentar cualquiera de las siguientes condiciones

No hay evidencia de un tumor en la mama, pero el cáncer se ha extendido a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares. No se ha extendido a partes distantes del cuerpo. (T0, N1, M0).

El tumor mide 20 mm o menos y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (T1, N1, M0).

El tumor mide más de 20 mm, pero menos de 50 mm y no se ha extendido a los ganglios linfáticos axilares (T2, N0, M0).

Estadio IIB: Puede presentar cualquiera de las siguientes condiciones

El tumor mide más de 20 mm pero menos de 50 mm y se ha extendido a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares (T2, N1, M0).

El tumor mide más de 50 mm, pero no se ha extendido a los ganglios linfáticos axilares (T3, N0, M0).

Estadio IIIA: En cualquiera de sus dimensiones, el cáncer llega a expandirse de 4 a 9 ganglios linfáticos de la zona axilar, o a los ganglios linfáticos mamarios internos. No se ha extendido a otros lugares del organismo (T0, T1, T2 o T3, N2, M0). Puede ser también un tumor superior a los 50 mm que se ha extendido de 1 a 3 ganglios linfáticos de la zona axilar (T3, N1, M0).

Estadio IIIB: Se encuentra extendido el tumor a la pared torácica posiblemente causando inflamación o úlceras en la mama, se conoce también como cáncer inflamatorio de mama. Puede que se haya extendido o no a un máximo de 9 ganglios linfáticos mamarios internos o de la zona axilar. A otras partes del organismo no se ha extendido.

Estadio IIIC: tumor de cualquier tamaño que se ha extendido a 10 o más ganglios linfáticos axilares, ganglios linfáticos mamarios internos o ganglios linfáticos debajo de la clavícula. No se ha extendido a otras partes del cuerpo (cualquier T, N3, M0).

Estadio IV (metastásico): el tumor puede tener cualquier tamaño y se ha extendido a otros órganos, tales como huesos, pulmones, cerebro, hígado, ganglios linfáticos distantes o pared torácica (cualquier T, cualquier N, M1). Se observa cáncer metastásico al momento del primer diagnóstico de cáncer en alrededor del 5 % al 6 % de los casos. Esto se llama cáncer de mama metastásico de novo. Con mayor frecuencia, el cáncer de mama metastásico se detecta después de un diagnóstico previo del cáncer de mama en estadio temprano. Obtenga más información sobre el cáncer de mama metastásico. (AJCC Cancer Staging, 2017)

4.2.2. Detección de cáncer de mama.

Autoexamen de mama: Según Stanford Children's Health, Es un proceso realizado por la mujer para examinarse física y visualmente y detectar cualquier cambio en sus senos o axilas, no está demostrado que por sí solo pueda determinar con precisión la presencia de cáncer de seno. Por tanto, no se debe utilizar para reemplazar, sino para complementar, el examen clínico del seno y la mamografía. (Stanford Children's Health, 2020)

Examen clínico de mama: Según Parenthood (n.d.) un examen clínico de los senos (ECM) es un examen físico del seno (seno) realizado por un profesional de la salud. Los exámenes clínicos de las mamas se utilizan junto con las mamografías para detectar el cáncer de mama en las mujeres. Los exámenes clínicos de los senos también se utilizan para detectar otros problemas de los senos.

Termografía: La termografía se define como una de las técnicas de mayor eficiencia en lo relativo al análisis de la distribución de temperatura cutánea; y suministra datos acerca de posibles anomalías del sistema nervioso simpático y sensorial, traumas miofaciales, inflamaciones a nivel local y anomalías vasculares. Mediante esta técnica es posible recopilar material gráfico, el cual evidencia variaciones térmicas provenientes de la superficie mamaria. Ahora bien, en aras de detectar el cáncer de mama, es pertinente acudir a la termografía de tipo tisular, la cual permite evidenciar hallazgos anormales en la mama. El principio relacionado con la detección de cáncer mediante la termografía está sustentado en la alteración de la temperatura en las zonas donde se halla el tejido maligno; esto posiblemente asociado al incremento del flujo sanguíneo. (Guerrero Robles, 2015)

Mamografía

Según la American Society of Clinical Oncology (2017), la mamografía es un tipo de radiografía que detecta el cáncer de mama en las mujeres. Las imágenes que produce se denominan mamografías. Estas imágenes pueden mostrar pequeños tumores que no se pueden sentir. Las mamografías ayudan a visualizar otras irregularidades en la mama.

Tipos de mamografías

Mamografía de detección. Esta prueba busca el cáncer de mama en las mujeres sin síntomas. El objetivo es detectar la enfermedad en forma temprana, cuando puede ser más tratable.

Mamografía de diagnóstico. Es posible que reciba esta prueba para dar respuesta a una pregunta específica o para obtener más información sobre un síntoma específico. Se puede recomendar por los siguientes motivos:

Una mamografía de detección muestra un área sospechosa. La mamografía de diagnóstico normalmente aporta más fotografías a diferencia de una mamografía de detección. (American Society of Clinical Oncology, 2017).

4.2.3. Características sociodemográficas:

Algunas características de índole sociodemográfica que inciden directamente sobre el posible desarrollo del cáncer de mama están listadas a continuación:

Edad: Así como con muchas otras enfermedades, el riesgo de contraer cáncer de mama se incrementa con la edad. Según la Sociedad Americana de Cáncer (2015), se estima aproximadamente que 1 de cada 8 cánceres invasivos se desarrollan en mujeres con edad inferior a los 45 años y aproximadamente 2 de cada 3 cánceres de mama invasivos se encuentran en mujeres que superan los 55 años. Siendo el envejecimiento el mayor factor de riesgo, dado que a medida que envejecemos, nuestros cuerpos son menos capaces de reparar el daño genético.

Ocupación: En términos de ocupación y su correlación con la potencial aparición del cáncer de mama, es pertinente señalar profesiones como la radiología, la minería, ocupaciones con exposición a agentes químicos nocivos para la salud humana, tales como el mercurio, por mencionar uno de ellos.

4.2.4. Características epidemiológicas:

Entre las variables epidemiológicas de cáncer se encuentra:

Historia familiar de cáncer: Las mujeres que poseen familiares cercanos a quienes se les haya diagnosticado cáncer de mama tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Si a una familiar de sexo femenino de primer grado se le ha diagnosticado cáncer de mama, su riesgo se duplica. Si se han diagnosticado a dos de sus familiares de primer grado, su riesgo es 5 veces mayor que el promedio. Si a un familiar de primer grado de sexo masculino le diagnosticaron cáncer de mama, su riesgo es mayor, aunque los investigadores no han aclarado en qué

porcentaje. En ciertos casos, tener un historial familiar muy alto de cáncer de mama se podría relacionar con tener un gen anormal asociado con un alto riesgo de cáncer de mama, como el gen BRCA1 o BRCA2. En tantos otros, una anomalía del gen CHEK2 puede desempeñar un papel fundamental en el desarrollo del cáncer de mama. (Breastcancer.org, 2017)

Antecedentes reproductivos: Las mujeres que no tienen hijos o las mujeres que los tuvieron de los 30 años generalmente tienen un riesgo ligeramente mayor de cáncer de mama. Quedar embarazada varias veces y quedar embarazada a una edad temprana reduce el riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, el impacto del embarazo sobre el riesgo de cáncer de mama es complejo. Por ejemplo, en los primeros diez años después de dar a luz, el riesgo de cáncer de mama es mayor, especialmente el cáncer de mama con receptores hormonales negativos (incluido el cáncer de mama triple negativo menos común). Entonces, el riesgo disminuirá con el tiempo. (American Cancer Society, 2020)

Terapia de reemplazo hormonal (TRH): Aquellas pacientes que últimamente se encuentren en procesos terapéuticos de reemplazo hormonal, mejor conocidos como TRH, poseen una mayor proclividad a padecer cáncer de mama. Un vasto número de mujeres en etapa de premenopausia optaron por TRH para controlar la sintomatología asociada a la menopausia, tal como episodios de cansancio y ahogos, así como el deterioro óseo; todo esto antes que se detallase la correlación entre el riesgo de cáncer de mama y la TRH. Como consecuencia de dicha relación, el uso de la TRH ha decrecido ostensiblemente desde principios de la década del 2000; no obstante, existen mujeres que aún acuden al THS para controlar los síntomas asociados a la menopausia.

Existen dos tipos de THS:

THS combinada (contiene hormonas estrógeno y progesterona).

THS sólo con estrógeno (solo contiene estrógeno).

Cada tipo de THS parece tener un efecto diferente sobre el riesgo de cáncer de mama.

La THS combinada puede aumentar el peligro de contraer cáncer de mama al menos en un 75%, incluso cuando se usa durante un corto periodo. A su vez, la THS combinada amplía la posibilidad de no detectar el cáncer en sus fases iniciales, así como de extender la probabilidad

de mortandad a causa de la enfermedad. Además de ello, el peligro de desarrollar cáncer de mama incrementa alrededor de los primeros 3 años de acudir a la THS combinada.

Adicionalmente, la dosis de THS combinada es proporcional al riesgo de desarrollar cáncer de mama; el cual puede aparecer alrededor de dos años posteriores a la suspensión de la THS combinada.

Por otra parte, la THS con estrógeno únicamente incrementa el peligro de desarrollar cáncer de mama al ser usada por más de 10 años, y, adicional a ello, puede ser determinante para la aparición de un posible cáncer a nivel ovárico.

El riesgo más alto de padecer cáncer de mama derivado de la TRH es equiparable a la utilización de las hormonas bio idénticas, o al usar hormonas sintéticas. El término "bio idénticas" hace referencia a que las hormonas en el producto son idénticas a las hormonas producidas por el cuerpo. Se dice que las hormonas bio idénticas son derivadas de plantas. Las hormonas sintéticas se desarrollan en un laboratorio y también son químicamente idénticas a las hormonas producidas por el organismo. Es importante saber que muchos productos de TRH bio idénticos y herbales no están bajo la jurisdicción de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. Y, por lo tanto, no están sujetos a los mismos estándares y pruebas que los medicamentos.

Anticonceptivos hormonales

Un análisis de datos de más de 150.000 mujeres que participaron en 54 estudios epidemiológicos mostró que, en general, en comparación con las mujeres que utilizan anticonceptivos orales, el riesgo relativo de cáncer de mama aumentó ligeramente (7%) en mujeres que no usan anticonceptivos orales. Las mujeres que actualmente usan anticonceptivos orales tienen un mayor riesgo de enfermedad en un 24%, pero no ha aumentado con el uso del tiempo. El riesgo se reduce después de suspender los anticonceptivos orales y no hay un aumento significativo en el riesgo después de 10 años de suspender su uso. (Instituto Nacional del Cáncer, 2015)

El análisis de datos de 2010 de la "Nurse Health Research" rastreó a más de 116.000 enfermeras de 24 a 43 años que participaron en el estudio en 1989. También encontraron que los anticonceptivos orales tenían un riesgo ligeramente mayor de cáncer de mama (5, 6). Sin

embargo, la mayor parte del aumento del riesgo se observa en mujeres que toman ciertos tipos de anticonceptivos orales (píldoras "trifásicas"), en las que la dosis hormonal se divide en tres durante el ciclo menstrual de un mes. Etapas. . En un segundo estudio de casos y controles, también se informaron los altos riesgos asociados con preparaciones triangulares específicas, que utilizó registros médicos electrónicos para verificar el uso de anticonceptivos orales. (Beaber, et al., 2014)

En 2017, un gran estudio prospectivo danés informó el riesgo de cáncer de mama asociado con nuevas formas de anticonceptivos orales (8). En general, en comparación con las mujeres que nunca han usado anticonceptivos orales, las mujeres que están usando o han dejado de usar anticonceptivos hormonales combinados tienen un riesgo relativo moderadamente aumentado de cáncer de mama (alrededor del 20%). Dependiendo del tipo específico de anticonceptivos orales hormonales combinados, el riesgo aumentado es del 0% al 60%. Dependiendo de cuánto tiempo se usen los anticonceptivos orales, aumentará el riesgo de cáncer de mama. (Mørch et al., 2017)

Factores ambientales (radiación)

Si recibió radiación en el pecho como tratamiento para otro tipo de cáncer (no de mama), como la enfermedad de Hodgkin o el linfoma no Hodgkin, tiene un riesgo mayor que el promedio de desarrollar cáncer de mama, es decir, si estuvo expuesto a radiación en la cara cuando era adolescente para tratar el acné, tiene un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama en el futuro. En este orden de ideas, la posibilidad de un mayor riesgo depende de la edad que tenía cuando se tuvo exposición a la radiación, en consecuencia, el riesgo puede ser mayor si recibió radiación durante la adolescencia, mientras sus senos se estaban desarrollando.

Estilos de vida y factores dietéticos

La investigación muestra un vínculo entre hacer ejercicio regularmente a un nivel moderado o vigoroso durante cuatro a siete horas por semana y reducir el riesgo de cáncer de mama. El ejercicio consume y controla el azúcar en sangre y limita los niveles sanguíneos del factor de crecimiento insulina, una hormona que puede afectar el crecimiento y el comportamiento de las células mamarias. Las personas que se ejercitan regularmente tienden a ser más saludables y

propensas a mantener un peso saludable y tienen poco o ningún exceso de grasa en comparación con las personas que no hacen ejercicio.

Las células grasas producen estrógeno, por lo que el exceso de células grasas genera un exceso del mismo. Como las células mamarias están expuestas a un exceso de estrógeno con el tiempo, el riesgo de desarrollar cáncer de mama es mayor.

Las mujeres en condición de obesidad o sobrepeso, y cuyo IMC es mayor a 25 puntos; son más proclives a desarrollar cáncer de mama, a diferencia de aquellas mujeres con un peso controlado; y en especial durante la etapa post-menopáusica. En adición a ello, el sobrepeso puede incrementar la posibilidad de reaparición del cáncer de mama en mujeres que ya han padecido la enfermedad. Este mayor riesgo se debe a que las células grasas producen estrógeno, lo que significa que más células grasas involucran la presencia de mayor cantidad de estrógeno en el cuerpo, y el estrógeno puede conllevar a la aparición y crecimiento de cáncer de mama con receptores hormonales positivos. Aun así, determinar la correlación entre la aparición del cáncer de mama y el sobrepeso envuelve otros factores.

En este sentido, la localización del sobrepeso es un elemento relevante, ya que la abundancia de grasa alrededor del abdomen tiende a incrementar su riesgo, incluso más que el tener la misma cantidad de tejido adiposo en caderas o muslos.

Se considera que la dieta es parcialmente responsable de alrededor de algunas formas de cáncer, Ningún alimento o dieta puede prevenir el desarrollo del cáncer de mama, aun así, algunos alimentos pueden hacer que el cuerpo esté lo más saludable posible de manera que se pueda fortalecer el sistema inmunológico y ayudar a mantener el riesgo de cáncer de mama lo más bajo posible. Las investigaciones indican que obtener los nutrientes que necesita de una variedad de alimentos, especialmente frutas, verduras y cereales integrales, puede hacer que se sienta bien y darle a su cuerpo la energía que necesita. Comer alimentos sin pesticidas puede protegerlo contra los cambios celulares nocivos asociados con el uso de pesticidas en estudios con animales.

El cáncer de mama no es tan común en países donde la dieta típica es a base de plantas y baja en grasas totales. Sin embargo, la investigación en mujeres adultas en los Estados Unidos no ha encontrado riesgos de cáncer de mama asociados con una dieta alta en grasas. Sin embargo, un

estudio sugiere que las mujeres jóvenes que consumen una dieta alta en grasas durante la pubertad, incluso si no tienen sobrepeso ni son obesas, pueden tener un alto riesgo de desarrollar cáncer de mama en edad adulta.

Es necesario realizar más investigaciones para comprender mejor el efecto de la dieta en relación con el riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, si se parte del postulado que la grasa es la mayor fuente de calorías, se determina que una dieta rica en grasas puede provocar sobrepeso u obesidad; lo cual es un factor de riesgo de cáncer de mama. Por consiguiente, se considera que las mujeres con sobrepeso tienen un mayor riesgo de cáncer de mama, ya que el exceso de células grasas genera estrógeno, el cual puede provocar un crecimiento excesivo de células en las mamas, esto aumenta el riesgo de cáncer de mama.

Los médicos y nutricionistas esperan con interés los resultados del estudio de alimentación y vida saludables de las mujeres (WHEL) que busca determinar si una dieta rica en frutas y verduras y baja en grasas puede ayudar a reducir la recurrencia del cáncer de mama, pero los resultados no estarán listos hasta dentro de unos años.

4.2.5. Tratamiento Antitumoral.

El cáncer de mama puede manejarse con diversos tratamientos, lo cual depende del tipo de avance. Así, con frecuencia, las personas que enfrentan esta enfermedad reciben más de un tratamiento; algunos de los más usados son los que se describen a continuación:

Cirugía: En este procedimiento, los cirujanos extraen del organismo el tejido con cáncer.

Quimioterapia: Con medicamentos especiales se busca reducir o matar las células cancerosas. Estos medicamentos pueden ser pastillas o medicamentos inyectables, en ocasiones ambos.

Terapia hormonal: Evita que las células cancerosas obtengan las hormonas que necesitan para expandirse

Terapia biológica: Puede trabajar con el sistema inmunológico del cuerpo para ayudarlo a resistir las células cancerosas o controlar los efectos secundarios causados por otros

tratamientos contra el cáncer. Los efectos secundarios son la forma en que su cuerpo responde a los medicamentos u otros tratamientos.

Radioterapia: En este tratamiento son usados rayos de alta energía (parecidos a los rayos X) para exterminar las células cancerosas.

4.2.6. Impacto psicosocial

Según lo expuesto por Vivar (2012) en su artículo “Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes”, para probar el impacto sociopsicológico del cáncer de mama en la etapa de supervivencia a largo plazo, los resultados de esta revisión se dividen en tres aspectos: físico, psicológico y social.

Área física

Muchos supervivientes deben adaptarse a las secuelas físicas derivadas de los tratamientos contra el cáncer, como mastectomía, cicatrices, linfedema, terapia hormonal, quimioterapia, radioterapia o trasplante de médula ósea. Aunque muchas mujeres han recibido tratamiento con éxito, otras mujeres pueden verse afectadas emocionalmente por cambios en la imagen corporal y la feminidad.

En un estudio comparativo de una muestra de 202 participantes, entre un grupo de mujeres con lesiones benignas y otra superviviente de cáncer de mama, se evaluó la calidad de vida y la existencia de diferencias en las imágenes corporales de acuerdo con los siguientes criterios: diagnóstico, edad y el tipo de cirugía. La conclusión es que el grupo de mujeres con lesiones benignas mostró una buena percepción de su imagen corporal en comparación con el grupo de supervivientes. Por otro lado, la cirugía conservadora y la mastectomía radical combinadas con la reconstrucción mamaria mejoraron la calidad de vida de las pacientes jóvenes, mientras que no hubo diferencias significativas en las mujeres mayores. Por el contrario, otro estudio comparativo entre la percepción de la imagen corporal entre las supervivientes del tratamiento del cáncer de mama en estadio II o III y las mujeres de la población general mostró que casi no había diferencias significativas entre los dos grupos. Sin embargo, una encuesta que comparó el

impacto psicológico de los supervivientes con la mastectomía, la cirugía conservadora y la reconstrucción mamaria mostró que la calidad de vida de los supervivientes estaba relacionada con el tipo de tratamiento quirúrgico realizado y había diferencias significativas. En el caso de la cirugía reconstructiva, la imagen corporal es más favorable y las mujeres con mastectomía están bajo mayor presión psicológica.

A pesar de los avances en los procedimientos quirúrgicos para la enfermedad mamaria, estos resultados indican que las mujeres sobrevivientes que se someten a una mastectomía, especialmente las mujeres jóvenes, pueden tener una calidad de vida más pobre porque pueden verse afectadas emocionalmente por cambios en la enfermedad mamaria. Su imagen corporal y feminidad. La pérdida de una o dos mamas puede reducir su atractivo e incluso perder la autoestima, lo que puede agravar una de las complicaciones quirúrgicas más comunes y restrictivas, como el linfedema.

Ciertos inconvenientes secundarios del tratamiento del cáncer son problemas relacionados con la menopausia a temprana edad, como infertilidad, falta de ovulación, amenorrea, atrofia vaginal, que afectan a mujeres menopáusicas aún más graves. También pueden ocurrir problemas en el sexo. Por otro lado, los efectos tardíos de la terapia adyuvante pueden provocar infertilidad, lo que lleva a infertilidad y parto prematuro. El embarazo es un área de preocupación para las jóvenes supervivientes, pues esto afecta su calidad de vida.

Área psicológica

La experiencia de supervivencia denota que el cáncer es una enfermedad crónica y lo que intriga es que pueda reaparecer. Específicamente, los problemas psicológicos más comunes son el miedo a la recurrencia, la incertidumbre sobre el futuro, la ansiedad o la preocupación constante por la amenaza de recurrencia de la enfermedad. Cualquier nueva sensación física puede causar altos niveles de ansiedad y miedo relacionados con la posibilidad de recurrencia de la enfermedad. Esta reacción de hipersensibilidad puede llevar a un estado de vigilancia excesiva, que desaparecerá gradualmente con el tiempo.

Además del miedo a que vuelva a ocurrir, muchos supervivientes también se sienten vulnerables. Los estudios han demostrado que se ha investigado a las sobrevivientes de cáncer de mama 20 años después de la quimioterapia, y los resultados muestran que las secuelas físicas

y mentales después del tratamiento durarán mucho tiempo. La evidencia muestra que, a pesar de la ausencia de la enfermedad, algunas mujeres todavía se preocupan por la recurrencia, un miedo que persiste durante muchos años después del tratamiento, los síntomas postraumáticos y el estrés emocional.

Área social

El diagnóstico de cáncer y el tratamiento continuo también influyen. Además de preocuparse por la recurrencia, muchos sobrevivientes se sienten vulnerables. Los estudios han demostrado que se ha investigado a las sobrevivientes de cáncer de mama 20 años después de la quimioterapia, y los resultados muestran que las secuelas físicas y mentales después del tratamiento durarán mucho tiempo. La evidencia muestra que, a pesar de la ausencia de la enfermedad, algunas mujeres todavía se preocupan por la recurrencia, un miedo que persiste durante muchos años después del tratamiento, los síntomas postraumáticos y el estrés emocional.

En la vida familiar de los supervivientes. Durante todo el curso de la enfermedad, la familia, especialmente la relación familiar, es un apoyo indescriptible. Sin embargo, puede producirse tensión durante la etapa de post procesamiento.

A veces, la relación entre marido y mujer no puede soportar los cambios provocados por el proceso del cáncer. El impacto de la enfermedad ha afectado profundamente a la unidad familiar, porque el diagnóstico provocó cambios emocionales en todos los miembros de la familia y trastoca roles y estilos de vida. Además, puede aumentar la atención a las mujeres, cuyas hijas pueden tener un mayor riesgo de cáncer de mama debido a la herencia.

De acuerdo a Vivar (2012), en el lugar de trabajo, las mujeres también pueden experimentar cambios. El regreso al trabajo puede cambiar y la tasa de desempleo de los sobrevivientes de cáncer es más alta. También se han observado problemas de discriminación laboral, como el despido injustificado, el cambio a trabajos menos que ideales o la restricción de deberes laborales, lo que lleva a los sobrevivientes a retirarse temprano del campo laboral debido a la subestimación. Esta situación ha provocado pérdidas económicas e impactos personales y familiares, sin olvidar que el trabajo es el impacto psicológico de la autoestima. Por otro lado,

la pérdida del estilo de vida anterior puede conducir a la retirada de la vida social, lo que lleva al aislamiento social.

4.3. Marco conceptual

Este estudio utiliza los siguientes términos técnicos científicos según descriptores DeCS y otros.

Prevención: medidas tomadas para prevenir el cáncer de mama.

Factores de Riesgo: 1. Aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición ambiental, característica innata o heredada, que, sobre la base de evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación relacionada con la salud que es considerada importante prevenir. 2. Población en riesgo: Una población bien definida cuyas vidas, propiedades y fuentes de trabajo se encuentran amenazadas por peligros dados. Se utiliza como un denominador. (Material II - IDNDR, 1992)

Detección Precoz del Cáncer: Métodos para identificar y caracterizar el cáncer en las primeras etapas de la enfermedad y predecir el comportamiento del tumor

Neoplasias de la mama: Tumores o cáncer de la mama humana.

Epidemiología: Es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.

Patología: Especialidad que se ocupa de la naturaleza y causa de enfermedad expresada cambios en la estructura y función celular o tisular causados por el proceso de enfermedad.

Mama: En humanos, una de las regiones pareadas en la porción anterior del tórax. Las mamas consisten de las glándulas mamarias (glándulas mamarias humanas), la piel, los músculos, el tejido adiposo, y los tejidos conjuntivos (tejido conjuntivo).

Cáncer: Tumor maligno, duro o ulceroso, que tiende a invadir y destruir los tejidos orgánicos circundantes.

Histología: El estudio de las similitudes y diferencias en las estructuras de tejidos homólogos a través de las distintas especies.

Tumor: Masa de células transformadas, con crecimiento y multiplicación anormales.

Tumor benigno: Está formado por células muy semejantes a las normales, que permanece en su localización primaria y no produce metástasis.

Tumor maligno: El de carácter grave, invasivo, que produce metástasis.

Carcinoma: Tumor maligno derivado de estructuras epiteliales.

Carcinoma in Situ: Una lesión con características citológicas asociadas a carcinoma invasivo pero las células tumorales están confinadas al epitelio de origen, sin invasión de la membrana basal.

Carcinoma Ductal de Mama: Carcinoma invasivo (infiltrante) del sistema ductal mamario (glándulas mamarias humanas) de la mama humana

Carcinoma Lobular: Un tipo de cáncer de mama en el que las células malignas anormales se forman en los lóbulos, o en las glándulas productoras de leche, de la mama.

Mastectomía: Ablación quirúrgica de la mama.

Mastitis: Inflamación de la mama.

Mamografía: Examen radiográfico de la mama.

Autoexamen: Auto inspección de las mamas, generalmente en busca de signos de enfermedad, especialmente de enfermedad neoplásica.

Quimioterapia: El uso de preparaciones farmacéuticas para tratar una enfermedad o sus síntomas. Un ejemplo es el uso de agentes neoplásicos para tratar el cáncer.

Radioterapia: Uso de radiación ionizante para tratar neoplasias malignas y algunos estados benignos.

Braquiterapia: Término colectivo de radioterapia intersticial, intracavitaria, y de superficie. Utiliza fuentes pequeñas, selladas o parcialmente selladas, que pueden colocarse sobre o cerca de la superficie corporal o dentro de una cavidad natural del cuerpo o implantado directamente en los tejidos.

Biopsia: Extirpación y examen patológico de especímenes del cuerpo vivo.

Estadificación de Neoplasias: Métodos que tratan de expresar en términos reproducibles la extensión de las neoplasias en pacientes.

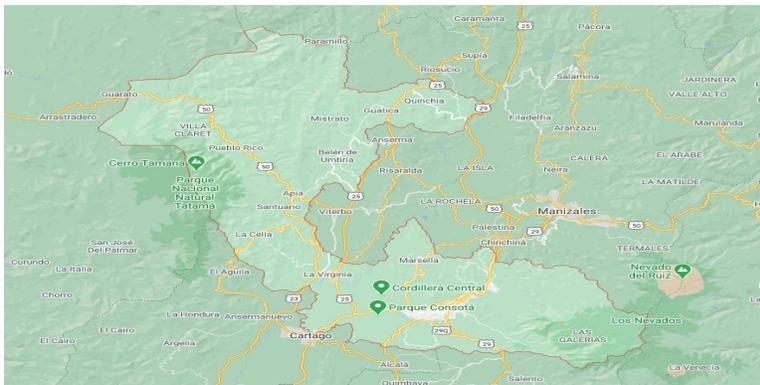
Signos y Síntomas: Manifestaciones clínicas que pueden ser, o bien objetivas cuando son observadas por el médico, o subjetivas cuando son percibidas por el paciente.

Diagnóstico: Usado con enfermedades para referirse a todos los aspectos del diagnóstico, incluidos la exploración física, el diagnóstico diferencial y el pronóstico; se excluyen los cribados masivos, para los que se reserva el calificador "/prevención y control". Excluye también el radiodiagnóstico, el diagnóstico escintigráfico y el diagnóstico por ultrasonidos, para los que se utiliza "/diagnóstico por imagen".

4.4. Marco geográfico.

Este estudio se realizó en Pereira capital del Departamento de Risaralda

Departamento de Risaralda.



Fuente: [https://www.google.com/maps/place/Risaralda/@5.1263333,-](https://www.google.com/maps/place/Risaralda/@5.1263333,-75.7879533,10z/data=!4m5!3m4!1s0x8e3880e23162ad21:0x2aea910ec22e82b0!8m2!3d5.3158475!4d-75.9927652)

[75.7879533,10z/data=!4m5!3m4!1s0x8e3880e23162ad21:0x2aea910ec22e82b0!8m2!3d5.3158475!4d-75.9927652](https://www.google.com/maps/place/Risaralda/@5.1263333,-75.7879533,10z/data=!4m5!3m4!1s0x8e3880e23162ad21:0x2aea910ec22e82b0!8m2!3d5.3158475!4d-75.9927652)

El departamento de Risaralda se encuentra ubicado en el centro-occidente de Colombia, cuenta con una extensión aproximada de 3.592 Km, con un total de 14 municipios (Pereira, Dosquebradas, La Virginia, Santa Rosa de Cabal, Marsella, Pueblo Rico, Mistrató, Santuario, Quinchía, Guática, Belén de Umbría, La Celia, Apia, Balboa), así como 19 corregimientos y 95 inspecciones de policía. Además, hace parte del eje cafetero.

Con respecto a su clima, este es templado, y fluctúa normalmente entre los 18°C y 25°C a lo largo y ancho del territorio. En términos económicos, hay una diversificación de sectores, entre los cuales destacan la agricultura, la actividad ganadera, la producción cafetera, el comercio y la industria manufacturera. Por otra parte, el comercio se sitúa principalmente en su capital Pereira y en sus principales cabeceras municipales Dosquebradas, La Virginia y Santa Rosa de Cabal, el departamento limita al oriente con Caldas y Tolima, al occidente con el Chocó, al norte con Antioquia; y, finalmente, al sur con Valle del Cauca y Quindío.

Este departamento se destaca por la diversidad de sus paisajes, sus riquezas naturales culturales y étnicas, es por ello, que en Risaralda se puede encontrar algunas comunidades indígenas como: Los Embera, Embera Chami, Cañamomo, Embera Katio, ubicados en los municipios de Mistrató y Pueblo Rico.

Pereira



Fuente: <https://www.google.com/maps/place/Pereira,+Risaralda/@4.804771,-75.7838021,12z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x8e388748eb56c1fd:0x95b39410f9f1dfbc!8m2!3d4.8087174!4d-75.690601>

Pereira capital de departamento de Risaralda, está ubicado en el centro de la región occidental del territorio colombiano, es la ciudad más poblada del eje cafetero, la segunda más poblada de la región paisa, y cuenta con 488.839 habitantes, además de tener una superficie de 702 km²; su economía está basada principalmente en el comercio. Por otra parte, esta ciudad es conocida también como “La perla de Otún”, la querendona, trasnochadora y morena, también como la ciudad sin puertas ya que se caracteriza por ser una ciudad pluricultural, ya que su ubicación es clave para la diversificación cultural y racial. Esto se justifica con relación a sus límites territoriales, puesto que limita al norte con los municipios de Balboa, La Virginia, Marsella y Dosquebradas, al oriente con Santa Rosa de Cabal y con el departamento del Tolima, al occidente con el municipio de Balboa y el departamento del Valle del Cauca, al sur con los departamentos de Quindío y Valle del Cauca, Ahora bien, en lo concerniente a su infraestructura de salud, Pereira cuenta con un hospital público de mediana y alta complejidad (Hospital Universitario San Jorge), el cual atiende un gran porcentaje de pacientes provenientes de Risaralda, y del Norte del Valle, más específicamente, del municipio de Cartago.

En salud, cuenta con dos hospitales de primer nivel asociados a la red de atención de la E.S.E Salud Pereira (Hospital de Kennedy, Hospital San Joaquín); así como cuatro clínicas privadas (Clínica San Rafael, Comfamiliar, Los Rosales, Pinares Médica). De igual manera, hay presencia de varias universidades; entre las cuales destacan una pública (Universidad Tecnológica de Pereira) y tres privadas (Fundación Universitaria del Área Andina, Universidad Católica de Pereira, Universidad Libre).

4.5. Marco Epidemiológico:

Según la guía del ministerio de salud el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; en 2012 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes. En Colombia alrededor de un 30% de las muertes por cáncer se deben a cinco factores de riesgo dados en comportamientos y alimentos (índice de masa corporal elevado, consumo insuficiente de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de tabaco y alcohol) sabiendo todos estos factores sabemos que puede prevenirse.

Según la norma técnica del ministerio de salud se calcula que cada año se presentan en el mundo más de 11 millones de casos nuevos de cáncer, de los cuales alrededor del 80% se encuentran en países en desarrollo (Ministerio de Salud y Protección Social-Instituto Nacional de cancerología, 2012).

En Colombia, se hace ver una mayor necesidad de promover y enfocarnos en una atención continua desde las acciones de prevención, hasta las de rehabilitación y cuidado paliativo.

Para el modelo oncológico se integran cuatro puntos claves:

El primer punto está relacionado con los factores de riesgo, este describe el entorno donde se desarrolla el ser humano y la población en general, va definido con los estilos de vida saludables, especialmente los relacionados con el consumo de tabaco, alcohol, alimentación y la actividad física.

El segundo está relacionado con la detección temprana y protección específica, donde todas las actividades van dirigidas a reducir el estado médico al momento del diagnóstico, esto se da para permitir un mayor control de la enfermedad y por tanto tener una disminución en la tasa de mortalidad por cáncer. La detección temprana se puede realizar con demanda inducida atendiendo debidamente a las pacientes que presentan síntomas claros de esta enfermedad.

El tercer punto lo tenemos enfocado al tratamiento y rehabilitación, relacionado con los servicios de salud adecuados en la oportunidad y calidad de la atención.

El cuarto punto está enfocado en los cuidados paliativos, garantizando todos los servicios de apoyo, donde el paciente reciba todos sus medicamentos de forma correcta, entre otros.

Así mismo la guía del ministerio de salud nos habla de los esfuerzos y compromisos desde el sector salud en materia de brindar información y educación a toda la población.

Por lo tanto, se constituye un hecho histórico que agrega mayor significado a todos los estudios del cáncer de mama basándonos en los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales dispuestos para monitorear la salud y las desigualdades

comúnmente asociadas a esta, entre grupos específicos dentro de la población colombiana. El Observatorio Nacional de Cáncer - ONC Colombia tiene documentos que constituyen una propuesta coherente para consolidar y analizar e intervenir la información sobre cáncer en el país.

Dado esto se espera que el Observatorio Nacional de Cáncer (ONC) sea comprendido como un sistema inteligente que estructura y organiza la disponibilidad de toda la información en cáncer evitando limitarnos a los indicadores, pues necesitamos identificar todas las condiciones que pueden contribuir o influenciar la salud de la población, para emitir alertas y recomendaciones de manera oportuna. Es de gran importancia que el diagnóstico pueda hacerse en los estadios iniciales, ya que así su recuperación requiere una menor intervención; los exámenes de tamización en detección temprana se usan para investigar lesiones precancerosas o lesiones cancerosas iniciales en personas que no tengan ningún síntoma. Con estas pruebas se pueden implementar estrategias de tipo preventivo y de oportunidad.

Según la guía del ministerio de salud, la gestión del conocimiento en cáncer permite desarrollar políticas públicas, que pueden generar espacios comunitarios donde se puede determinar el desempeño de los prestadores de servicios de salud que están orientados a la promoción y prevención de esta enfermedad para desarrollar acciones de detección temprana, tratamiento y rehabilitación.

En consecuencia, a efectividad y los beneficios del tamizaje mediante la mamografía han sido demostrados durante muchos estudios a nivel mundial donde los resultados han permitido demostrar la disminución de la mortalidad hasta en un 30%; razón de importancia para descubrir y tratar de dar solución a las condiciones que producen los signos y síntomas visibles de esta enfermedad.

La resolución 518 de 2015 establece el tamizaje como una actividad del Plan de Salud Pública que se puede realizar de forma independiente o colectiva en una jornada de salud; es así, como la OMS define tamizaje ,como “el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas” y por la “U.S. Preventive Services Task Force como acciones

preventivas en las cuales una prueba o examen sistematizado es usado, para identificar a los pacientes que requieren una intervención especial.

4.6. Marco ético.

Este estudio responde a la siguiente normatividad ética de investigaciones para Colombia en Ciencias de la Salud:

Resolución N.º 8430 de 1993 de octubre 4; por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y entre sus artículos señala:

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías entre otras y clasifica este estudio como:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

Y por lo tanto clasifica este estudio sin riesgo y se solicita consentimiento informado:

Artículo 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

4.7. Marco jurídico

Instrumentos supranacionales

Siendo el derecho a la salud una garantía inalienable del ser humano, de antaño los Estados se han encargado de concederle una protección especial, tanto en la normatividad interna como a través de instrumentos internacionales que lo conciben como un derecho humano conexo con el desarrollo mismo de prerrogativas de suma importancia, como, por ejemplo, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la vida, sin perder, claro está, su carácter de iusfundamental. Bajo este panorama e iniciando con el recorrido de los mandatos internacionales, el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, ratificada por Colombia a través de la **Ley 16 de 1974**, reza en su artículo 25 lo siguiente:

Artículo 25.

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud** y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...) (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, pág. 18)

Así mismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado en nuestro País a través de la Ley 74 de 1968, determinó en el artículo 12 lo siguiente: “**Artículo 12.**

Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966). Por su parte, el literal f del artículo 11 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer preceptúa lo que se transcribe a continuación:

Artículo 11.

Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en

condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular:

(...)

El derecho a la protección de la salud (...) (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979)

Así mismo, el artículo 12 de la mencionada Codificación exterioriza el derecho a la salud de las mujeres en los siguientes términos:

Artículo 12.

Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica (...) (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979)

Análogamente, la Observación General N.º 14 del año 2000 examinó el derecho a la salud. De manera prioritaria lo concerniente al artículo 12, puntualizando lo siguiente:

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, pág. 33)

Además, dentro de esta gama de mandatos, cabe resaltar la Recomendación general N° 24 expedida por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en la cual se efectúa un análisis extenso del artículo 12 de la Convención y, entre otros acápites de suma consideración, se trae a colación lo siguiente:

(...) los Estados Parte deben basar su legislación y sus planes y políticas en materia de

salud de la mujer en datos fidedignos sobre la incidencia y la gravedad de las enfermedades y las condiciones que ponen en peligro la salud y la nutrición de la mujer, así como la disponibilidad y eficacia en función del costo de las medidas preventivas y curativas. (...) Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer (Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, 1999)

En el apartado último del aludido informe, el Comité ostenta de manera tajante que la determinación de la política pública de salud para las mujeres debe buscar un enfoque de género, haciéndola realmente partícipe de su construcción y elaboración, pues, en últimas, es quien se hallará beneficiada o perjudicada con las decisiones que se establezcan. A la par, los Estados Parte deben “Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa” (Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, 1999, pág. 9)

En el mismo sentido, es menester aducir a lo señalado por la Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental (“el derecho a la salud”) emanada de la Asamblea General de las Naciones Unidas, especialmente a lo esgrimido en el sexagésimo período de sesiones en los cuales se deliberó sobre las condiciones que determinan la salud de los seres humanos y se hizo hincapié en la participación de los trabajadores de la salud, en algunos derechos humanos relacionados, en los factores sociales determinantes de salud, entre otros. Equivalentemente el Relator exhibió lo siguiente:

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (“el derecho a la salud”) no sólo requiere el acceso a una atención sanitaria oportuna y adecuada sino también a las condiciones que determinan la salud, como servicios de saneamiento adecuados, agua potable, alimentación, nutrición y vivienda

(...)

Aunque el disfrute del derecho a la salud se alcanza gradualmente y depende de la

disponibilidad de recursos, impone ciertas obligaciones de efecto inmediato, como la no discriminación. Se requieren indicadores y puntos de referencia para vigilar la realización progresiva del derecho. También es esencial la participación activa y con conocimiento de causa de las personas y las comunidades en la adopción de las decisiones que afecten a su salud. En el derecho internacional relativo a los derechos humanos se establecen algunas responsabilidades de los Estados desarrollados en relación con el disfrute del derecho a la salud en los países pobres. Como este derecho origina otros derechos y obligaciones, se requieren mecanismos eficaces de rendición de cuentas (Relatoría Especial de las Naciones Unidas, 2005, págs. 1-15)

Como el lector observa, el desarrollo del derecho humano y fundamental a la salud de las personas ha ostentado un amplio margen de interpretación por parte de los órganos autorizados para tal fin. A su vez, ha gozado de un profundo desarrollo dogmático en el cual se han visto inmersos e inherentes al mismo otros derechos y garantías inalienables en cabeza de los hombres y las mujeres que por sus peculiares características deben poseer una especial protección por parte del Estado. Gracias a esto, en la práctica las entidades de salud y el personal médico (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etcétera) han poseído la obligación de ejercer un buen manejo de las herramientas e instrumentos de los cuales disponen para prestar de manera eficaz el servicio de salud con todo lo que conlleva el mismo, es decir, la asistencia debida en los procedimientos médicos, el seguimiento categórico de los diversos protocolos, entre otros. Avizorando, lógicamente, que la obligación médica resulta ser de medio y no de resultado.

La máxima autoridad en materia de sanidad internacional es la Organización Mundial de la Salud, que rige su actuar a los postulados establecidos en su propia Constitución, la cual fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York los días 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, entre los que se encuentra Colombia, que la aprobó por intermedio de la Ley 19 del año 1959. Así pues, en el preámbulo del Documento se avizoran pautas mínimas, pero supremamente significativas, que deben impregnar todo ordenamiento jurídico y todo actuar de las autoridades públicas cuando determinen el marco regulatorio del derecho fundamental a la salud y su prestación efectiva en los territorios. Con el propósito de que el lector comprenda la

temática expuesta, se transcribirán los más trascendentes acápites de la Constitución:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946, pág. 1)

En este orden de ideas, se vislumbra un marco jurídico internacional extenso que salvaguarda el derecho a la salud y lo eleva a la categoría de derecho fundamental, en cuanto adquiere suma significación para el desarrollo del proyecto de vida de los seres humanos. A grandes rasgos, sin salud o sin su debida protección se vulnera la dignidad humana de la persona, su derecho al libre desarrollo de la personalidad y su derecho a la unidad familiar pues en múltiples ocasiones al hallarse la mujer (en este caso por el cáncer de mama) postrada en una cama no tiene la posibilidad de compartir con sus seres queridos ni de ejercer sus actividades cotidianas, como lo podrían ser acudir con sus hijos a un parque o con su esposo a una sala de cine, entre otras.

Los mecanismos internacionales suelen funcionar como baremos de medición para el accionar y el proceder de los Estados, sobre todo de los que han ratificado y aprobado las Convenciones y Declaraciones señaladas en párrafos antecesores. Estos instrumentos determinan pautas mínimas de andamiaje para los ordenamientos jurídicos vernáculos. Por lo tanto, no será posible expedir normas que protejan de un modo reducido el derecho fundamental a la salud teniendo cuenta los estatutos sustanciales de carácter supranacional, sin que las mismas se hallen inmersas en un conflicto de constitucionalidad con la Constitución Política que a través de su bloque de constitucionalidad desarrollo por el artículo 93 Superior

integra toda esta mixtura de codificaciones.

Ahora bien, dentro del sinnúmero de enfermedades sobre las que la Organización Mundial de la Salud ha tenido oportunidad de pronunciarse atendiendo a los perjuicios y a la mortandad que causan sobre determinada población (en este caso las mujeres), se halla el cáncer de mama. Esta enfermedad causa la muerte de muchísimas mujeres cada año alrededor del mundo. Y no es únicamente el fallecimiento de la mujer, sino también que el cáncer de mama (y en general el cáncer) genera el padecimiento de dolores, sufrimientos y malestares excesivos ya sea durante los tratamientos o cuando yacen en sus últimos momentos. Variadas investigaciones elaboradas por centros especializados dilucidan la problemática y sacan a relucir las preocupantes cifras ocasionadas por la neoplasia. En primer término, se encuentra el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer el cual, según disposiciones de la misma Entidad, “es el organismo de la OMS especializado en las investigaciones oncológicas, que fue establecido en 1965 en virtud de una resolución de la Asamblea de la Salud”, cuya actividad principal es “colaborar con asociados nacionales de todo el mundo en la obtención de datos científicos destinados a la prevención del cáncer”. El Centro se halla regido por una Junta de Gobierno y un Consejo Científico. Su sede principal se encuentra ubicada en la ciudad de Lyon ubicada en Francia (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Su legitimación radica en la elaboración de registros de cáncer, monografías, manuales para la prevención del cáncer, la elaboración de programas de enseñanza y formación, así como la clasificación de los tumores. Del mismo modo, las épocas contemporáneas y el fenómeno de la globalización obligan a una colaboración interdisciplinar de las distintas entidades, tanto del orden nacional como del orden internacional. En virtud de lo anterior, el Centro de Investigaciones sobre el Cáncer coopera “con un gran abanico de organizaciones: otros programas de la OMS, institutos nacionales del cáncer y de salud pública, centros de investigación oncológica, instituciones académicas, redes oncológicas regionales, comités de expertos, organizaciones no gubernamentales, y los medios de comunicación” (Organización Mundial de la Salud, s.f.)

Como corolario de lo anterior, cabe advertir que existe también un esquema denominado Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE – O), cuya operatividad lleva alrededor de 40 años y, según una publicación realizada en la Revista del

Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo en agosto de 2003:

“(…) se ha usado como un instrumento estándar para codificar los diagnósticos de las neoplasias en los registros de tumores y de cáncer y en los laboratorios de anatomía patológica. La CIE – O es una clasificación dual con sistemas de codificación tanto para la topografía como para la morfología. El código topográfico describe el sitio de origen de la neoplasia y usa las mismas categorías de tres y cuatro caracteres que la sección de neoplasias del Capítulo II de la CIE – 10. El Código morfológico describe las características del tumor mismo, incluido su tipo de células y actividad biológica (…)” (Fritz, Percy, Jack, & Shan, 2003)

Para finalizar, se observa que existe un marco regulatorio internacional supremamente robusto del derecho fundamental a la salud. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud como autoridad imperante en el orden sanitario se ha encargado de estructurar organizaciones y centros anexos, como es el caso del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer cuyos propósitos principales radican en elaborar pesquisas de carácter oncológico que surjan encaminadas a enfrentar la difícil situación que atraviesan las personas cuando son diagnosticadas con este espinoso padecimiento.

Marco constitucional

El arribo de la Carta Política en el año 1991 significó un avance supremo en la determinación de los derechos fundamentales y su protección en la emergente sociedad colombiana. Una de las máximas de la novísima Constitución fue la de establecer procesos dialécticos entre el Estado representado por sus diversas instituciones y los ciudadanos que requerían mayor intervención de este para el cuidado y el ejercicio de sus derechos fundamentales y garantías inalienables. Así las cosas, se determinaron con este rótulo derechos como la dignidad humana, la vida, la igualdad, la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, el trabajo, la libertad de creencias, entre otros, no hallándose dentro de este catálogo de prerrogativas la concerniente a la salud, que fue delimitada como un derecho de segunda generación, limitándose a través del artículo 49 Superior, el cual expresa lo siguiente:

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción,

protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (Constitución Política de Colombia, 1991)

(...)

No fue sino hasta el pronunciamiento de la Corte Constitucional por medio de la Sentencia T – 016 de 2007 con ponencia del magistrado Humberto Sierra Porto que la salud alcanzó la categoría de derecho fundamental. En un importante escrito, el Tribunal Constitucional estableció:

(...) la fundamentalidad de todos los derechos sin distinguir si se trata de derechos políticos, civiles, sociales, económicos o culturales, y que dicho carácter de derecho fundamental no se deriva de la forma como se hagan efectivos en la práctica. Con base en esta jurisprudencia el derecho a la salud se considera por sí solo un derecho fundamental, por cuanto permite las condiciones necesarias para llevar y disfrutar plenamente de una vida digna, íntegra y armónica, y al ser su contenido de carácter prestacional, cuando exista renuencia de las autoridades competentes para realizar dicho derecho en la práctica, el juez de tutela está facultado para hacerlo efectivo cuando se encuentre amenazado o vulnerado (Calvo Chaves, 2009, pág. 224)

A este tenor, se denota que el derecho a la salud tiene conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, por cuanto la

violación del primero genera una vulneración a estos últimos. En mérito de lo esbozado, la protección del derecho a la salud cobra un significado muy relevante, pues en su amparo se están salvaguardando principios inherentes al ejercicio de la dignidad humana y al otorgársele protección a los derechos que poseen alguna conexión con aquel, se preserva la salud. En el fortalecimiento del Estado Social, Democrático y Constitucional de Derecho, la determinación del derecho a la salud como una garantía fundamental resulta acorde con los postulados del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, así como con los lineamientos constitucionales que asumen la eficacia material de los derechos y la vigencia de un orden justo como fines esenciales del ente estatal, conformando un tándem rígido de difícil negación por parte de las autoridades y de los jueces. Álvarez Yepes lo dilucida en los siguientes términos:

El derecho a la salud conforma un conjunto de elementos que lo agrupan en dos grandes bloques: el que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar con la salud de las personas por acción o por omisión, equivale a atentar contra la vida propia. Por esta razón es que es un derecho fundamental. Por otro aspecto, el derecho a la salud tiene un carácter asistencial ubicado con el concepto del Estado social de derecho, ya que su reconocimiento impone acciones concretas (2000, pág. 12)

La doctrina y la jurisprudencia constitucional han jugado un papel preponderante en lo que concierne a la determinación y acoplamiento de los derechos fundamentales en el ordenamiento jurídico interno; especial señalamiento cabe efectuar a la Corte Constitucional que en sus decisiones se ha encargado de interpretar de la forma más amplia los derechos inalienables de las personas, dotándolos de un contenido material y axiológico e instando a todas las autoridades y servidores públicos del Estado a encauzar su accionar hacia su cumplimiento, pues de nada serviría que en las providencias se establezcan pautas mínimas que debe cumplir el Gobierno Nacional para la protección de la salud, si su practicidad es nula o irrelevante tanto para el personal médico como para el personal administrativo de las Entidades Prestadoras de Salud, de las Empresas Sociales del Estado y demás entidades de orden estatal.

Marco normativo

El cáncer de mama y el cáncer en general se han erigido como un problema de salud pública a escala mundial, siendo una de las enfermedades más mortíferas para el ser humano en

el trasegar de la historia moderna. El legislador avistando este duro panorama, ha tratado de regular el escenario con la expedición de normas y puesta en marcha de proyectos de ley que tienen por objetivo la regulación y el control integral del cáncer en la población colombiana. En este orden de ideas, la persona diagnosticada con cáncer de mama está bajo un sistema proteccionista que salvaguarda su tratamiento, una atención integral que incluye la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, y en general las conducentes a la recuperación de la salud de los seres humanos, ajustando los mandatos de las normas, en primer término y como eje central, a la Ley 1751 del año 2015 que, tras ocho años de espera, al fin llegó a regular el derecho fundamental a la salud. El sistema sanitario concertó su larga lista de reglamentaciones con los parámetros de la antedicha Ley y por autorizada doctrina se ha dilucidado que:

La ley estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la Salud, basada en unos principios y elementos esenciales que serán los encargados de impactar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con el fin de asegurar una atención acorde a las necesidades de la población (Ramírez Ramírez, Rocha Beltrán, Durango Suárez, & Rodríguez Álvarez, 2016)

Una de las aristas del principio de seguridad jurídica implica que para cada derecho fundamental exista una reglamentación estatutaria expresa que abarque todo lo concerniente al mismo y facilite su aplicación. El operador jurídico y el jurisconsulto conocen, de antemano, las diversas regulaciones existentes y esto les facilita su acceso a la administración de justicia cuando ostentan un problema relativo a la protección de un derecho fundamental. Sin embargo, las personas del común – en no pocas ocasiones con nula educación básica – poseen el derecho de que el legislador dirija todos los medios a su alcance para la debida prestación de los servicios a cargo del Estado y que el ejercicio de los derechos fundamentales no se transforme en una utopía.

En el año 2010 se expidió la Ley 1384 denominada como “Ley Sandra Ceballos”. De acuerdo al Boletín Legislativo y Político En conmemoración al día mundial del Cáncer de Mama:

Su objetivo es establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo (Instituto Nacional de Cancerología, 2018)

Dentro de los principios que fundamentan la Ley 1384 de 2010, según el artículo 2º de la mentada Codificación, se establecen el principio fundamental a la vida y la interpretación subordinada a su respeto y garantía y así mismo el actuar del personal sanitario se encaminará a la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y rehabilitación de los pacientes con cáncer. A su vez, se regulan los controles de funcionamiento de las unidades funcionales, los criterios de atención en lugares aislados del país, la prestación de los servicios oncológicos, el observatorio epidemiológico del cáncer y la investigación del cáncer en Colombia. La reglamentación resulta, a todas luces, un acierto del legislador, puesto que con lenguaje comprensible y sencillo logró estructurar mandatos de suma significancia para el tratamiento integral del cáncer en Colombia.

Asimismo, la Ley 1388 del año 2010 fue expedida con el propósito de amparar el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia, siendo esta población de especial protección constitucional por parte del Estado, una de las más afectadas por el cáncer en nuestro País. Recientemente el periódico La Patria trajo a colación datos alarmantes sobre esta enfermedad, pues ostentó que:

En Colombia el cáncer en la infancia es la segunda causa de muerte en niños entre los 5 y 15 años, tanto así que desde el año 2008 se reconoce esta patología como un problema de salud pública por su impacto social y elevados índices de mortalidad (La Patria, 2020)

Además, en el Día Internacional del Cáncer Infantil del presente año (15 de febrero) el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo manifestó que con corte a enero del año 2018 (últimos datos disponibles) en el país había 6.218 menores de 18 años diagnosticados con cáncer (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2020). Por otro

lado, la Ley 1733 de 2014 denominada “Ley Consuelo Devis Saavedra” cuyo objeto fue el de reglamentar el derecho que poseen las personas con enfermedades en fase terminal, crónica o degenerativa a la atención en cuidados paliativos, cuyo fin esencial es el de mejorar su calidad de vida y la de sus familiares mediante un tratamiento integral del dolor y el alivio del sufrimiento tanto del que sufre la enfermedad como de quien acompaña a su allegado o ser querido.

También y esto es trascendental para comprender la citada Ley, se faculta a la persona para desistir de aquellos tratamientos que no cumplan con la finalidad terapéutica y ostenten un alto grado de vulneración a la vida digna del paciente. A pesar de que el Estado legislador ha mostrado vocación para regular la prestación eficiente del servicio de salud a los pacientes con cáncer y por medio del mismo garantizar un tratamiento integral que cumpla con parámetros mínimos de respeto a la dignidad humana, a la vida, a la salud, a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, algunos proyectos de ley radicados ya sea en el Senado o en la Cámara de Representantes y que procurarán un marco normativo más amplio para la prevención y control de riesgo del cáncer de mama, no han logrado salir adelante por diversas razones. A manera de ilustración, entre estos proyectos de ley se pueden citar los siguientes muy bien referenciados en el Boletín legislativo y político en Conmemoración al Día Mundial del Cáncer de Mama:

- Proyecto de Ley 2010/05 en Cámara de Representantes “Por medio de la cual se modifica la Ley 1335 de 2009 que previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. [Prevención del consumo del tabaco]” Archivado por Tránsito de Legislatura.

- Proyecto de ley 108/16: Por medio de la cual se establecen medidas de salud pública para el control de la obesidad y otras Enfermedades Crónicas no Transmisibles derivadas y se dictan otras disposiciones. [Obesidad y Enfermedades Crónicas no Transmisibles]”: retirado por el autor.

- Proyecto de Ley 135/17 en Cámara de Representantes “Por medio de la cual se eleva la edad a veintiún (21) años para consumo y venta de bebidas embriagantes y se dictan

otras disposiciones. [Edad mínima para consumo de alcohol]” Retirado por el Autor.

En cuestión de resoluciones, hallamos la Resolución 1383 de 2013, que establece el Plan Decenal para el Control de Cáncer en Colombia, 2012-2021, promoviendo avanzar todos en la lucha contra dicha enfermedad y la Resolución 1477 de 2016 por la cual se establecen los procedimientos para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer del Adulto y de las Unidades de Atención del Cáncer Infantil. Conjuntamente con el Decreto 4107 de 2011, que establece que el Ministerio de Salud y Protección Social tiene, entre otras funciones, formular la política, dirigir, orientar y adoptar planes, programas y proyectos en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades. En razón a dichas funciones, El Instituto Nacional de Cancerología, en conformidad con el Ministerio de Salud y Protección Social, en su función del control integral del cáncer de la población colombiana, determina las acciones de promoción en un manual, donde se vislumbra la tamización y detección temprana del cáncer de mama de la siguiente manera:

Es obligatorio a toda mujer por encima de los 50 años de edad realizarle una mamografía de 4 proyecciones cada dos años, independiente de la presencia o no de signos o síntomas en la mama. Toda mujer con mamografía sospechosa, debe tener acceso a los servicios de diagnóstico definitivo mediante biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF)* y al consecuente tratamiento, que debe ser realizado por un grupo calificado para el manejo de enfermedades de la mama. Se recomienda, por tanto, brindar a todas las mujeres mayores de 20 años, educación en autoexamen de mama, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Realización de un autoexamen mensual 4 a 10 días después del primer día de la menstruación, si la mujer ya no menstrua se debe elegir un día al mes y realizarlo siempre el mismo día.

- Informar sobre los signos que debe aprender a detectar en el examen mensual:

Un bulto de cualquier tamaño (pequeño o grande) o un engrosamiento en la mama.

Arrugas, puntos retraídos o manchas en la piel del seno.

Retracción o inversión del pezón.

Úlceras o costras en el pezón o eliminación de líquido por el mismo.

Masas en la axila.

Cambios en lunares o cicatrices de la mama.

Notable asimetría entre ambas mamas que no existía antes.

Cualquier cambio identificado en el autoexamen, con respecto a la valoración del mes anterior debe ser consultado inmediatamente al médico. De otra parte, en la consulta médica y o ginecológica que conduzca a la realización de examen físico completo, debe realizarse examen clínico de mama por médico (Ministerio de Salud, s.f., págs. 5-6)

Otros estudios importantes

Refiriéndonos, igualmente, al método foráneo, un estudio elaborado en el año 2009 por el Servicio de Salud del Principado de Asturias puso de presente que frente al cáncer de mama “Se registraron 768 tumores siendo el 11% de todos los tumores; corresponden a mujeres 763 y a hombres 5”. Aunado a lo anterior, se descubrió que el cáncer de mama era el tumor más frecuente entre las mujeres, arribando a un porcentaje del 24 %. Así mismo, el mencionado análisis arrojó, entre otros datos, que en el periodo examinado las mujeres entre 50 y 59 años fueron más propensas a sufrir de cáncer de mama, denotándose que a partir de los 40 años es muy común observar esta clase de tumor en las mujeres, manteniéndose por arriba de 100 el número de mujeres enfermas, descendiendo únicamente a partir de los 80 años. Igualmente, se determinó que la biopsia es el procedimiento diagnóstico más común para el análisis del tejido extraído del cuerpo humano, siguiendo la punción con aguja fina (P. A. A. F.) y, en último lugar, situándose la citología. Por otro lado, dentro de los tratamientos médicos utilizados para combatir el cáncer, se ubica a la cirugía como el método más habitual, siendo seguida por la hormonoterapia, la radioterapia y la quimioterapia. Por último, en cuanto a la extensión tumoral, la publicación comprobó que era de 52 % local y 32 % regional, advirtiendo que únicamente aquella se desconoció en 29 casos (2009, págs. 29-31)

Como conclusión se puede establecer que en Colombia la salud está muy bien apoyada por un cuerpo normativo que la regula; además que busca constantemente fortalecimiento de los servicios de apoyo social en los componentes psicológico, familiar, laboral y social.

4.8. Marco disciplinar.

El marco disciplinar de una investigación da origen a la recolección de todas aquellas teorías notables sobre la materia objeto de estudio, existen doctrinas que no únicamente se dilucidan con el propósito de vislumbrar la idea profunda del autor que la elaboró, sino que realmente ostentan un grado de practicidad.

Es de relevancia significativa para resolver los problemas que día a día se plantean con la salud de los pacientes, la utilización en la práctica de enfermería de los métodos y sistemas nos impulsa a ser más críticos y pensantes en nuestro actuar, pero, sobre todo, nos ayuda a solventar las crisis que enfermedades crónico – degenerativas como el cáncer provocan en nuestros enfermos.

Bajo este panorama, resulta de suma significancia exteriorizar una de las grandes teorías sobre la materia denominada “Teoría de Enfermería del Déficit de autocuidado” elaborada por la enfermera teórica estadounidense Dorotea Orem. La autora divide su razonamiento en tres hipótesis, a saber: 1) teoría del autocuidado, 2) teoría del déficit de autocuidado y 3) teoría del sistema de enfermería (González Sillas, Zavala Pérez, López Cárdenas, & Samaniego Zepeda, 2017).

En las pacientes oncológicas se considera en un grado mayor el cuidado que el profesional de enfermería debe brindar, puesto que a través de esto se permite un acercamiento más profundo tanto con la realidad objetiva como con la realidad subjetiva. El cuidado de la mujer con cáncer de mama debe comprenderse como un concepto amplio y no como la simple realización del tratamiento quimioterapia, lo cual llevará a una mejor atención de la salud, y a la vez muy significativa especialmente para la paciente.

Como se manifestó al inicio del presente marco disciplinar, existen modelos y teorías que llevadas a la práctica posibilitan un mejor pronóstico de conductas saludables en personas con cáncer, otorgando las herramientas necesarias para llegar a tal fin. Varias de estas técnicas

se exponen en el artículo “Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería” elaborado por Triviño y Sanhueza. En este escrito se traen a colación las teorías de autocuidado y el modelo de creencias en salud. El propósito de las autoras es que los profesionales de la salud visualicen la reciprocidad entre los lineamientos teóricos para contrarrestar el cáncer y la práctica de la enfermería con el objetivo que subyace a partir del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes oncológicos (Triviño & Sanhueza, 2005)

En el texto se exponen tanto a las personas sanas como aquellas que se encuentran en desequilibrio de su salud que necesitan observar conductas saludables que les permitan afrontar situaciones de estrés, de crisis, y de desadaptabilidad a través de manejos adecuados de metodologías de autocuidado. Así mismo, continúan las autoras, actualmente la disciplina de enfermería reconoce la necesidad de aplicar y desarrollar en su práctica teorías y modelos científicamente fundamentados, reconocidos empíricamente por su adecuada practicidad en la promoción y la recuperación de la salud, en los procesos de manejo y terapéuticas. Así las cosas, acto seguido se postularon algunas de las más considerables teorías sobre lo que se ha venido argumentando:

Teoría del autocuidado

La presente teoría fue creada por la enfermera estadounidense Dorothea Orem, quien la presentó aproximadamente en la mitad del siglo XX y se publicó 20 años después. La propia autora la puntualiza como teoría del déficit del autocuidado. A su vez, se halla conformada por tres teorías relacionadas, que se esbozan a continuación de modo sucinto:

El autocuidado. Hace referencia a aquellas actividades que las personas llevan a cabo para mantener un nivel de vida sano y un grado de bienestar acorde a sus propósitos de desarrollo y cuidado personal.

Déficit de autocuidado. Respecto al déficit de autocuidado, la enfermera manifestó que el mismo se da cuando la necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado no son suficientes para cubrir todos los componentes de la misma necesidad.

Sistemas de enfermería. En este acápite la enfermera juega un papel fundamental, pues es la persona encargada de salvaguardar, regular y desarrollar las necesidades de autocuidado de sus pacientes.

Cabe advertir que las capacidades de autocuidado se hallan influenciadas por la cultura de cada individuo, por las personas que rodean al enfermo y por la actitud que este último asuma para contrarrestar los problemas que se presenten en el trasegar de su vida cotidiana. En la practicidad de esta teoría se resalta el área de promoción y el cuidado de la salud, momentos en los cuales la enfermera se encarga de realizar y promover actividades que surjan encaminadas a la detección precoz del cáncer, dando cuenta de los factores de riesgo y manteniendo el autocuidado del paciente después del diagnóstico. El sistema de enfermería apoya al paciente oncológico, y maniobra ofreciendo cuidados a los pacientes cuando los mismos pierden transitoriamente la capacidad física, psicológica y espiritual de auto cuidarse. En la praxis, lo que se espera de la teoría traída a colación es que el paciente oncológico aprenda a manejar los signos y síntomas de la enfermedad que padece, procurando su independencia y bienestar, logrando, en caso de que el paciente conduzca gran parte de su tratamiento solo, un mejoramiento importante en su calidad de vida.

Modelo de creencias en salud

Del mismo modo, en el artículo se describe uno de los modelos más utilizados en Promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo perceptivo que es el Modelo de Creencias de Salud (MCS). Su importancia se resalta bajo los siguientes términos:

El modelo de creencias en salud (de ahora en adelante MCS) fue estructurado por un grupo de psicólogos sociales del Departamento de Salud Pública de Estados Unidos. Su desarrollo estuvo marcado, básicamente, por la búsqueda de una razón que explicara la poca participación ciudadana en esquemas de detección previa y rápida y prevención de enfermedades.

Luego el modelo se utilizó como método explicativo de comportamientos individuales ante ciertos síntomas oncológicos, el cumplimiento del paciente con el tratamiento y las indicaciones médicas, así como la práctica del autoexamen.

Inicialmente, el MCS se basó en diversas teorías del aprendizaje. La conductista es la más célebre e indica que todo comportamiento se traduce en una relación de estímulo – respuesta. Así mismo, se halla la cognitiva en la que el sujeto pondera cierto valor a las consecuencias de su accionar y delibera sobre la probable ocurrencia del resultado deseado, como punto común entre ambas teorías, algunos sujetos adscritos al medio consideran que el reforzamiento es un importante factor que condiciona, en cierta medida, el comportamiento; al contrario de los teóricos cognitivos que lo sitúan influenciados las expectativas en lugar del comportamiento en sí mismo. El MCS se fundamenta sobre una expectativa, la que surge cuando se desea evitar una enfermedad o padecimiento y esa expectativa es la que, a la postre, servirá para aminorar los efectos nocivos del tratamiento y los sufrimientos que del mismo emanan, así como la aceptación de la situación que conduce, a todas luces, a mejorar el proceso oncológico. La evolución de las ciencias médicas, especialmente de las relacionadas con la oncología no ha sido ajena al modelo examinado y se ha tratado de adaptarlo para explicar conductas respecto a enfermedades que de contera han sido diagnosticadas. A este tenor, el rol de enfermera adquiere importantes elementos de carácter motivacional, subjetivos, habilitantes, o modificantes de la conducta, que influyen y toman partido de la decisión que debe tomar la persona frente a una enfermedad que se le ha diagnosticado. Así las cosas, dependiendo de estos factores, las personas tendrán mayor o menor posibilidad de poseer una conducta en salud esperable, es decir, adherente o no a las prescripciones que se le proporcionan para tratar su padecimiento.

El MCS se estructura sobre tres premisas básicas: La creencia sea fundada o no de que un problema tiene la suficiente importancia para tornarlo en importante. La creencia o percepción sea fundada o no de que la persona es vulnerable ante ese problema, y, en tercer lugar, la creencia o percepción de que la acción o acciones que se tomen producirán un beneficio a un costo personal admisible. La importancia de la concurrencia o confluencia de estos tres razonamientos radica en que facilita la adopción de determinados comportamientos que, para el asunto que nos ocupa, serían altamente conducentes, pertinentes y útiles para mejorar la salud, evitar los riesgos y prevenir las enfermedades; la aceptación de este paradigma conduce a que es la percepción individual la que determina la manera de conducirse de un individuo y no el medio en el que el mismo desenvuelva su accionar.

Las diversas investigaciones en esta área del conocimiento apuntan a que existen factores que determinan la conducta de salud, hallándose en la clasificación dos tipos: 1) la percepción de posibles amenazas o injerencias de enfermedades sobre el bienestar y la salud de la persona y 2) el reconocimiento de la posibilidad de reducir dichas amenazas o injerencias. Un complemento cardinal para el modelo analizado es la presencia de estímulos o motivaciones externas (campana sobre la promoción de la salud) o internas (síntomas infecciosos) que se convierten en situaciones claves para actuar. Conforme al cáncer de mama y al autoexamen, las pautas fueron esgrimidas por una mujer que padeció la enfermedad y que hoy en día cuenta su historia a las profesoras. La conducta amenazante conllevó a que las mujeres se decidieran a realizar el examen de mama, posibilitando de esta manera una detección temprana de la enfermedad o diagnóstico rápido que conduce, inevitablemente, a un mejoramiento en la calidad de vida de las mujeres que se someten a este autoexamen.

Sobre el concepto de autoeficacia, este resulta útil en la medida en que ayuda a entender comportamientos relacionados con la enfermedad. Recapitulando, el MCS entiende que la gravedad del problema, la creencia sobre su importancia y la vulnerabilidad radicada en cabeza de la persona, favorece la conservación, autoprotección y el manejo beneficioso de la salud, adoptándose para solidificar toda la noción en una frase la adopción de vida saludable. La enfermera percibe las amenazas y cree en la reducción de las mismas; el propósito principal es que las personas sepan que el cáncer es una enfermedad muy grave, y para este fin se deben utilizar los indicadores de riesgo y las campañas de comunicación para lograr que los sujetos interioricen la información. A su vez, se debe motivar a los pacientes y sujetarse a esa expectativa de superación, reconociendo la motivación para realizar esfuerzos y ubicando los recursos para el desarrollo de comportamientos seguros.

Se concluye que el buen vivir no únicamente conlleva reducción de los dolores que la persona padezca, sino que encierra, igualmente, factores psicológicos, emocionales, físicos y espirituales que deben tenerse presentes para trazar el plan acciones y de cuidados médicos por parte de las enfermeras, en los pacientes con cáncer, las medidas de bienestar deben encaminarse al manejo de los dolores, la fatiga, el agotamiento, el vómito, las náuseas, el mareo, la pérdida de peso, entre otros. Las estrategias establecidas para el bienestar del paciente son, en su mayoría, de índole afectiva, en las cuales intervienen familiares, amigos y demás

allegados. Tanto las personas saludables como las que se encuentran en desequilibrio de su salud requieren observar conductas saludables que les permitan llevar los desafíos ante situaciones de estrés, crisis teniendo en cuenta manejos adecuados para el afrontamiento la adaptabilidad, todo esto a fin de aproximarse a una vida más sana y con mejor calidad.

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal, con el cual se pretende describir las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas en algunas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Pereira Risaralda, y es transversal porque se realiza en un momento dado de la investigación.

5.2. Población y muestra

La población y muestra seleccionada fue de 39 mujeres con diagnóstico clínico de cáncer de mama, con una evolución mayor a dos años y un tratamiento según las características del cáncer, quienes aceptaron participar, previo consentimiento informado y conocimiento del estudio que se hacía.

5.3. Instrumento

El instrumento fue elaborado por el grupo investigador e incluyó variables sociodemográficas como edad, estado civil, etnia, nivel de estudios, ocupación, entre otros; y en características epidemiológicas y clínicas se consideró antecedentes hereditarios, genéticos, menarquia temprana, anticonceptivos hormonales entre otras; y en clínica características, del tumor, clasificación, valoración diagnóstica y terapias recibidas.

5.4. Técnicas de recolección de la información

La recolección de información se hizo en instituciones prestadoras de servicios oncológicos y de servicios diagnósticos, los datos sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos se recogieron a través de la aplicación del instrumento, con el apoyo de colaboradores de las instituciones, se contactaron las pacientes en el momento en que asistían a las citas de control para solicitar su participación en el estudio, y firmar consentimiento para responder la encuesta.

5.5. Técnicas análisis de información

Se realizó tabulación de la información en el programa de Excel versión 10, se depuraron los datos, y se decidió el cruce de variables para representar los resultados con tablas y gráficas, con análisis de las variables más relevantes, que permitieron identificar los factores de riesgo del estudio y posteriormente validarlos con los resultados de otros estudios revisados.

6. Resultados y análisis de la información

El análisis fue univariado y bivariado con 39 casos de mujeres con cáncer de mama encuestadas de Pereira.

Tabla N°1: Características sociodemográficas:

Edades	Cantidad	Porcentaje
40 Años o Menos	10	25,64%
40-49 Años	13	33,33%
50-59 Años	10	25,64%
60 Años o Mas	6	15,38%

Total	39	100%
Etnia	Cantidad	Porcentaje
Afrocolombiano	1	2,6%
Otros Grupos	1	2,6%
Indígena	1	2,6%
Mestizo	36	92,3%
Total	39	100%
Estado civil	Cantidad	Porcentaje
Casada	21	53,85%
Separada	3	7,69%
Soltera	2	5,13%
Unión libre	13	33,33%
Total	39	100%
Estudio	Total	Porcentaje
Educación superior	3	7,69%
Primaria	19	48,72%
Secundaria	10	25,64%
Técnico/Tecnológico	7	17,95%
Total	39	100%
Procedencia	Cantidad	Porcentaje
Pereira	28	71,8%
Otros	11	28,2%
Total	39	100%
Ingreso económico	Total	Porcentaje
≤ 1 SMLVM	3	7,7%
≥ 1 SMLVM	22	56,4%
Esporádico/Ocasional	3	7,7%

Igual a 1 SMLVM	11	28,2%
Total	39	100%
Estrato socioeconómico	Total	Porcentaje
Estrato 1	8	20,5%
Estrato 2	13	33,3%
Estrato 3	11	28,2%
Estrato 4	3	7,7%
Total	39	100%

Fuente: Esta investigación.

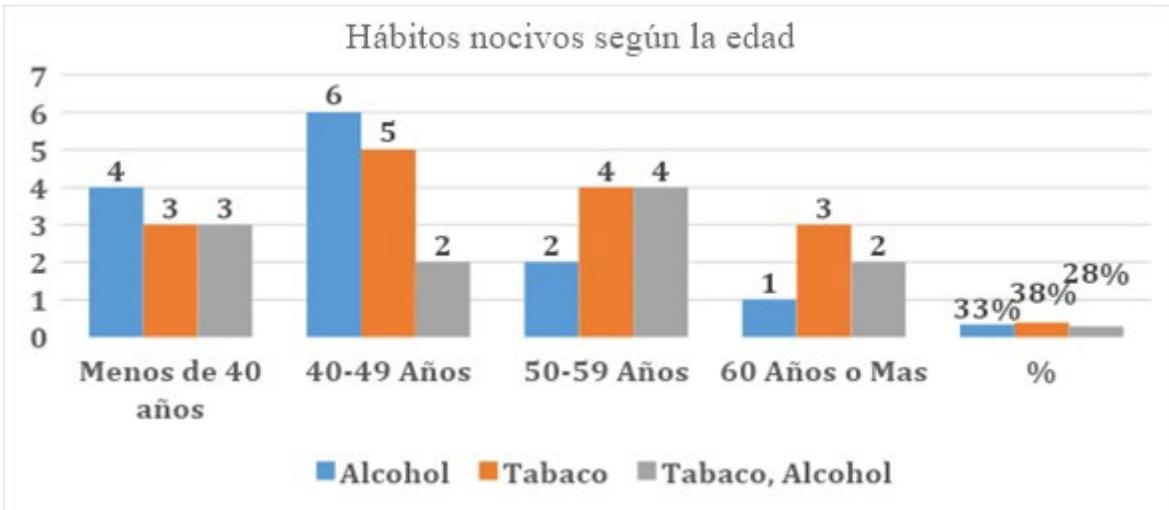
La tabla N°1 indica que sociodemográficamente la población de 39 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, en edad 33.33% con 40 a 49 años, corresponde en promedio a la aparición del cáncer de mama; mestiza un 92.3%; casada con 53.85%; con educación primaria un 48.72%; 71.8% DE Pereira; 56.4% salario mayor o igual a 1SMLV.y un 33.3% estrato 2.

Tabla N°2 Hábitos nocivos según edad

Hábitos Nocivos Según la Edad			
Rango	Alcohol	Tabaco	Alcohol, Tabaco,
Menos de 40 años	4	3	3
40-49 Años	6	5	2
50-59 Años	2	4	4
60 Años o Más	1	3	2
%	33%	38%	28%

Fuente: Esta investigación.

Figura N°1 Hábitos nocivos según edad



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N°1 indican que el 99% de la población encuestada (39 casos) consume tabaco y alcohol, observamos que el 38% consume tabaco, el 33% alcohol y el 28% tabaco y alcohol. Siendo el rango de edad de 40 a 59 años las que más hábitos nocivos presentan.

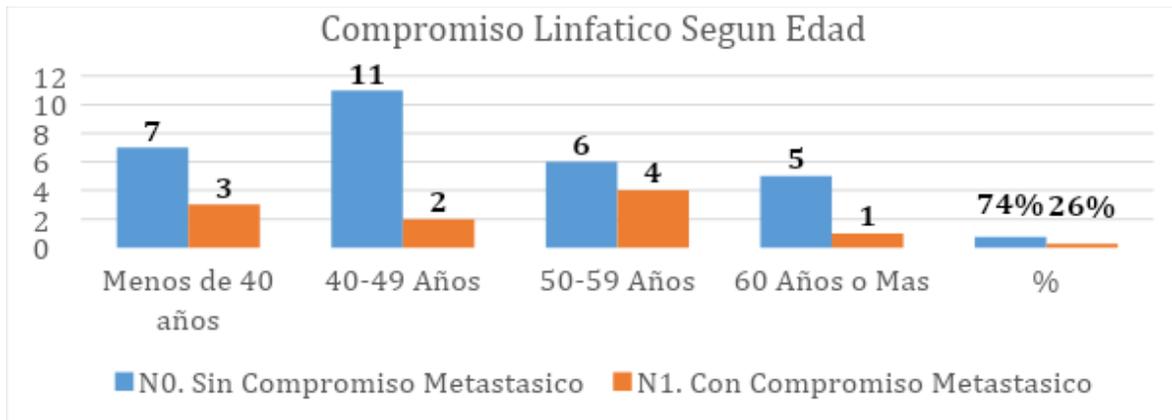
Tabla N°2 Compromiso linfático según edad

Compromiso Linfático Según Edad

Rango	N0. Sin Compromiso Metastásico	N1. Con Compromiso Metastásico
Menos de 40 años	7	3
40-49 Años	11	2
50-59 Años	6	4
60 Años o Más	5	1
%	74%	26%

Fuente: Esta investigación.

Figura N°2 Compromiso linfático según edad



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N°2 muestra que el 74 % de la población encuestada (39 casos) no presenta compromiso linfático mientras que el 26 % si lo presenta siendo el rango de edad de 40 a 59 años el que más casos se observa.

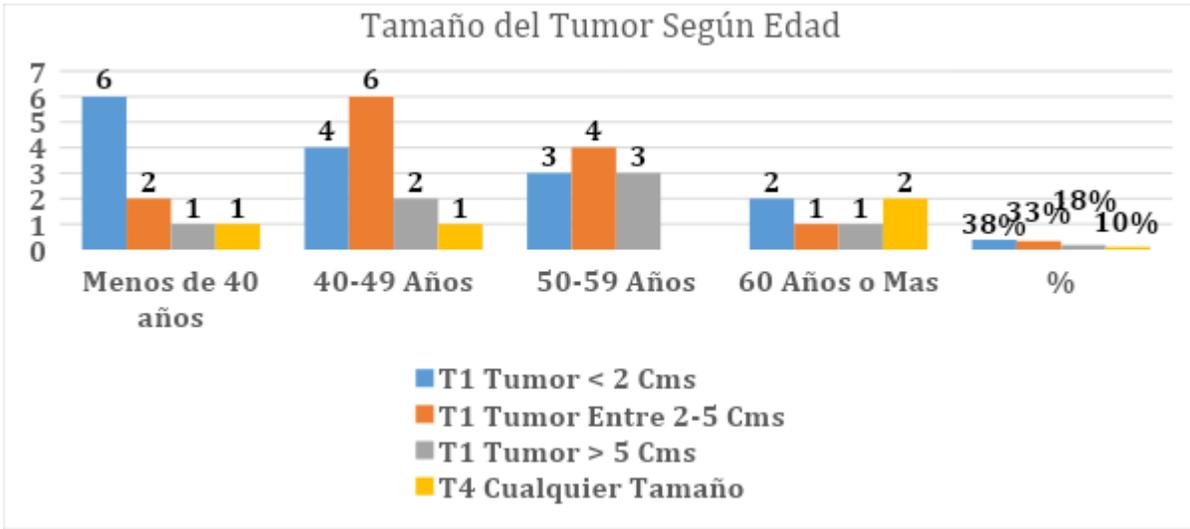
Tabla N°3 Tamaño del tumor según edad

Tamaño del Tumor Según Edad

Rango	T1 Tumor < 2 Cms	T1 Tumor Entre 2-5 Cms	T1 Tumor > 5 Cms	T4 Cualquier Tamaño
Menos de 40 años	6	2	1	1
40-49 Años	4	6	2	1
50-59 Años	3	4	3	0
60 Años o Mas	2	1	1	2
%	38%	33%	18%	10%

Fuente: Esta investigación.

Figura N°3 Tamaño del tumor según edad



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N°3 muestra que el 38 % de la población encuestada (39 casos) en las edades entre 40 y 59 años presenta un tamaño de tumor entre 2 - 5 cms.

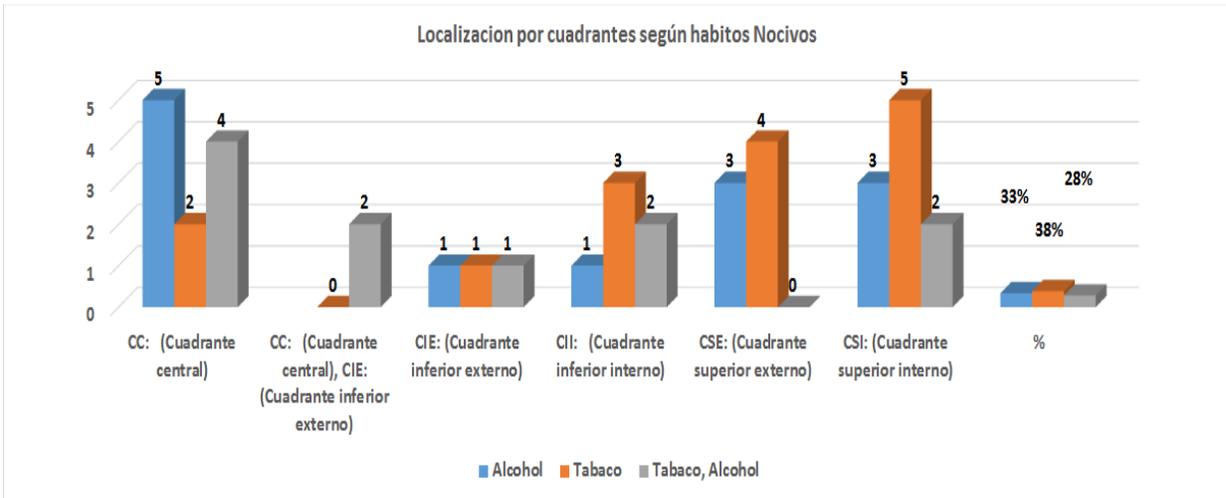
Tabla N°4 Localización por cuadrante según hábitos nocivos

Localización por cuadrante según hábitos nocivos

Localización de cáncer por cuadrante.	Alcohol	Tabaco	Tabaco, Alcohol
CC: (Cuadrante central)	5	2	4
CC: (Cuadrante central), CIE: (Cuadrante inferior externo)	0	0	2
CIE: (Cuadrante inferior externo)	1	1	1
CII: (Cuadrante inferior interno)	1	3	2
CSE: (Cuadrante superior externo)	3	4	0
CSI: (Cuadrante superior interno)	3	5	2
	33%	38%	28%

Fuente: Esta investigación.

Figura N°4 Localización por cuadrante según hábitos nocivos



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N°4 muestra que, de las mujeres encuestadas con cáncer de mama, que tienen hábitos nocivos como el tabaco y el alcohol, el cuadrante anatómico más frecuente donde se ubica la lesión es el cuadrante central con 28 % seguido del cuadrante superior interno con el 26 % y el 18% cuadrante superior externo.

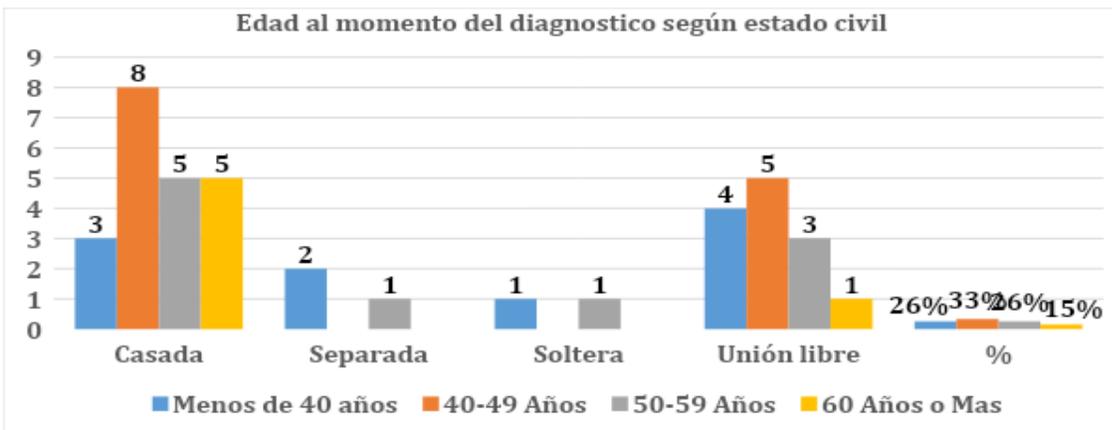
Tabla N°5 Edad al momento del diagnóstico según estado civil

Edad al momento del diagnóstico según estado civil

Estado civil	Edad al momento del diagnóstico			
	Menos de 40 años	40-49 Años	50-59 Años	60 Años o Mas
Casada	3	8	5	5
Separada	2	0	1	0
Soltera	1	0	1	0
Unión libre	4	5	3	1
%	26%	33%	26%	15%

Fuente: Esta investigación.

Figura N°5 Edad al momento del diagnóstico según estado civil



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N.º 5 muestran que el 33% de las mujeres encuestadas se encontraban casadas al momento del diagnóstico de cáncer de mama en el rango de edad 40 a 60 años o más, evidenciándose de los 40 a 49 años el mayor número de mujeres casadas.

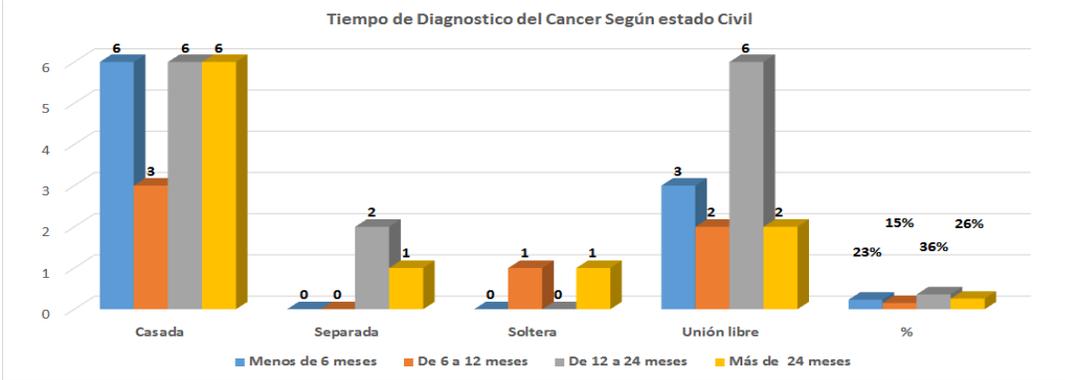
Tabla N°6 Tiempo de diagnóstico del cáncer según estado civil

Tiempo de Diagnóstico del cáncer según estado civil

Estado civil	Menos de 6 meses	De 6 a 12 meses	De 12 a 24 meses	Más de 24 meses
Casada	6	3	6	6
Separada	0	0	2	1
Soltera	0	1	0	1
Unión libre	3	2	6	2
%	23%	15%	36%	26%

Fuente: Esta investigación.

Tabla N°6 Tiempo de diagnóstico del cáncer según estado civil



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N.º 6 evidencia en este estudio que el tiempo de diagnóstico (de 12 a 24 meses) es el porcentaje más relevante 26% seguido de más de 24 meses con 26% y 23% para menos de 6 meses siendo las pacientes casadas las que presentan el mayor porcentaje en cada uno de los rangos, se puede inferir que son las mujeres casadas a las que se les diagnostica la enfermedad en un menor tiempo (menos de 6 meses), con relación a las mujeres separadas y solteras.

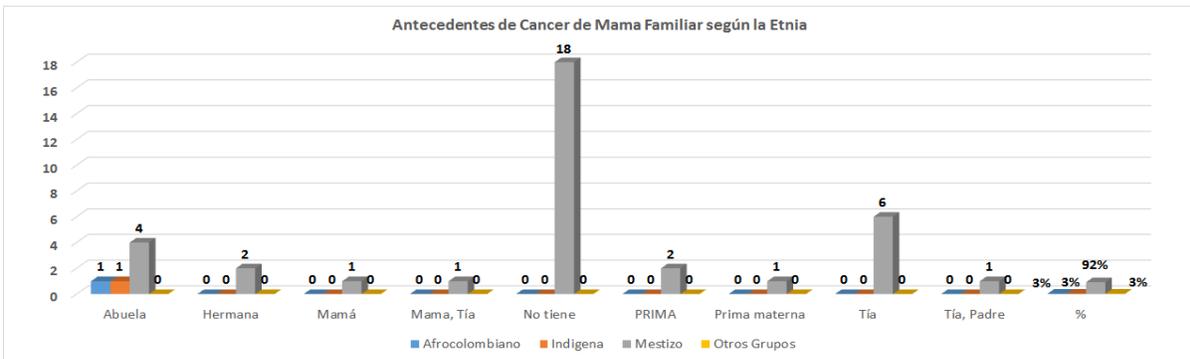
Tabla N°7 Antecedentes de cáncer de mama familiar según etnia

Antecedentes de cáncer de mama familiar según etnia

Antecedentes de cáncer de mama familiar	Afrocolombiano	Indígena	Mestizo	Otros Grupos
Abuela	1	1	4	0
Hermana	0	0	2	0
Mamá	0	0	1	0
No tiene	0	0	8	0
Prima materna	0	0	1	0
Tía	0	0	6	0
%	3%	3%	92%	3%

Fuente: Esta investigación.

Figura N°7 Antecedentes de cáncer de mama familiar según la etnia



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N.º 7 muestran que el 92 % de las mujeres encuestadas son de la etnia mestiza sin ningún antecedente de cáncer familiar mientras que el 6 % de la misma etnia tenían antecedentes de cáncer por parte de una tía.

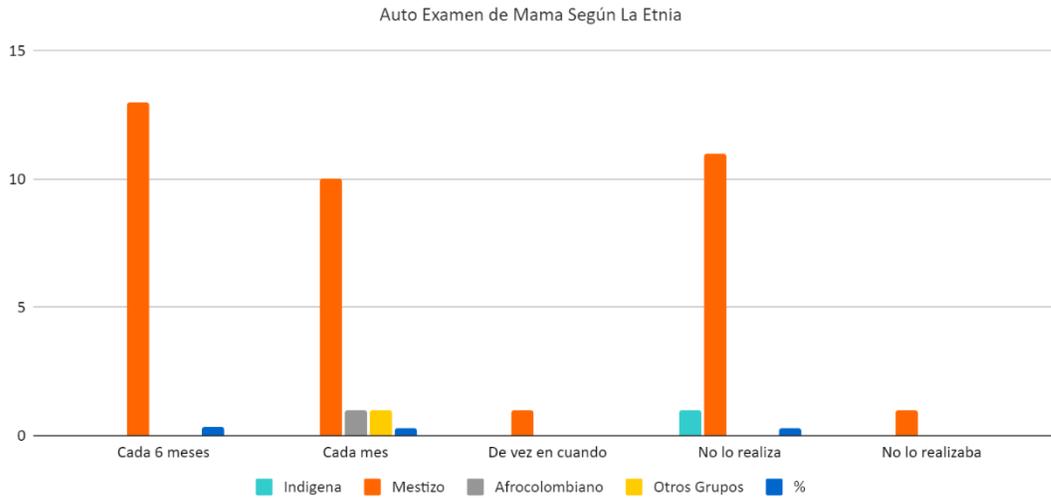
Tabla N° 8 Autoexamen de mama según etnia

Autoexamen de mama según edad

Rango	Cada 6 meses	Cada mes	De vez en cuando	No lo realiza
Menos 40 años	2	4	0	4
40-49 años	3	5	1	4
50-59 años	6	0	0	4
60 años o más	2	3	0	1
%	33%	31%	3%	31%

Fuente: Esta investigación.

Figura N° 8 Autoexamen de mama según etnia



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N.º 8 muestran el grupo étnico que con más frecuencia se realiza el autoexamen de mama es el mestizo con un 92 % realizándose cada 6 meses. Por el contrario, las indígenas y afrocolombianas solo el 3 % de las encuestadas se realizan el autoexamen de mama.

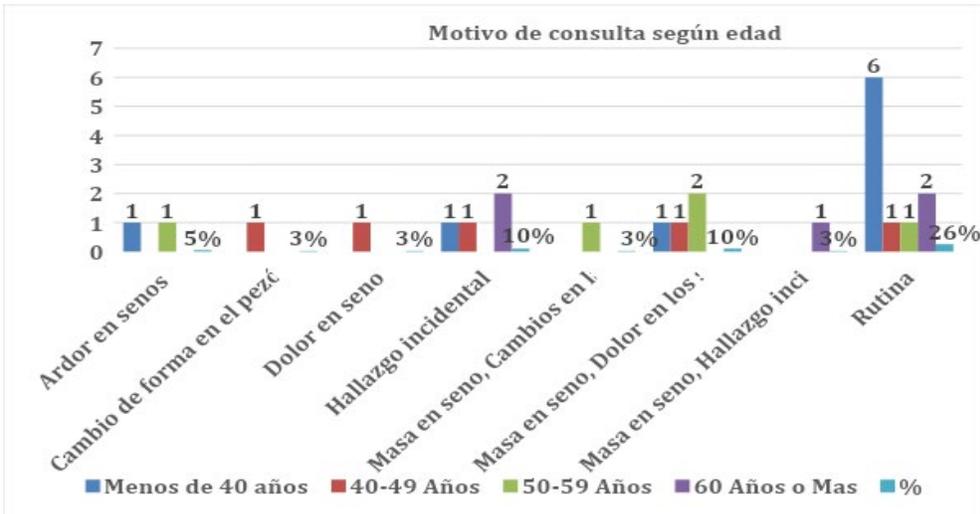
Tabla N° 9 Motivo de consulta según edad

Motivo de consulta según edad

Rango	Ardor en seno	Cambio de forma en el pezón	Dolor en seno	Hallazgo accidental	Masa en seno, Cambios en la piel del seno, Cambio de forma en el pezón	Masa en seno, Dolor en los senos	Masa en seno, Hallazgo incidental	Rutina
Menos de 40 años	1	0	0	1	0	1	0	6
40-49 años	0	1	1	1	0	1	0	1
50-59 años	1	0	0	0	1	2	0	1
60 años o mas	0	0	0	2	0	0	1	2
%	5%	3%	3%	10%	3%	10%	3%	26%

Fuente: Esta investigación.

Figura N° 9 Motivo de consulta según edad



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N° 9 muestran que el 38 % de las mujeres encuestadas con una edad de 40 - 49 años consultó por masa en seno mientras que el 26 % con edad menor a los 40 años consultó por rutina.

Tabla N° 10 Tratamiento recibido según régimen de salud

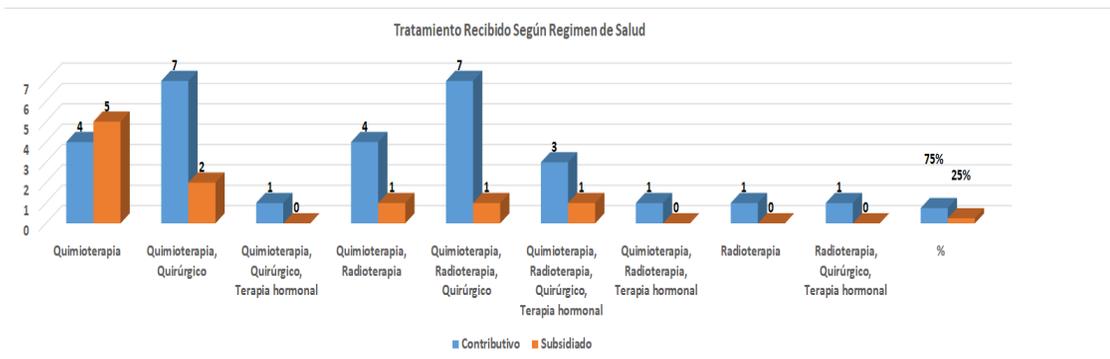
Tratamiento recibido según régimen de salud

Tratamiento recibido	Contributivo	Subsidio
Quimioterapia	4	5
Quimioterapia, Quirúrgico	7	2
Quimioterapia, Quirúrgico, Terapia hormonal	1	0
Quimioterapia, Radioterapia	4	1
Quimioterapia, Radioterapia, Quirúrgico	7	1
Quimioterapia, Radioterapia, Quirúrgico, Terapia hormonal	3	1

Quimioterapia, Radioterapia, Terapia hormonal	1	0
Radioterapia	1	0
Radioterapia, Quirúrgico, Terapia hormonal	1	0
%	75%	25%

Fuente: Esta investigación

Figura N° 10 Tratamiento recibido según régimen de salud



Fuente: Esta investigación

La tabla y figura N.º 10 muestran que de las mujeres encuestadas el 75 % recibió quimioterapia perteneciente al régimen de salud contributivo y el 25 % subsidiado también recibió la misma terapia.

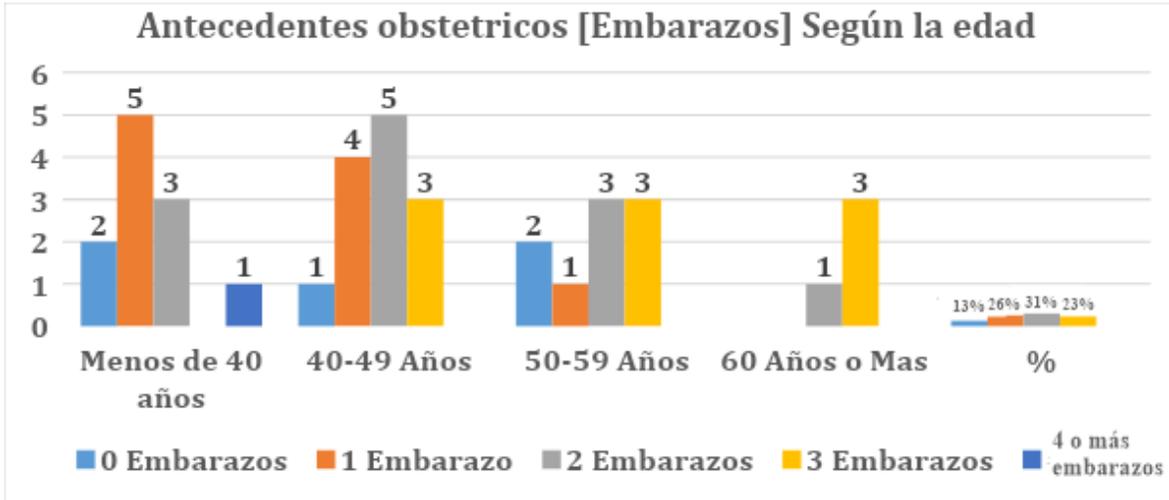
Tabla N° 11 Antecedentes obstétricos de embarazo según edad

Antecedentes obstétricos embarazo según edad

Rango	0 embarazos	1 embarazo	2 embarazos	3 embarazos
Menos de 40 años	2	5	3	0
40-49 Años	1	4	5	3
50-59 Años	2	1	3	3
60 Años o Mas	0	0	1	3
%	13%	26%	31%	23%

Fuente: Esta investigación

Figura N° 11 Antecedentes obstétricos de embarazos según edad



Fuente: Esta investigación

La tabla y figura N.º 11 muestran que de las mujeres encuestadas muestra que el 31 % con una edad entre 40 - 49 años habían tenido 2 embarazos mientras que el 23 % con una edad de 50 - 59 años tuvieron 3 embarazos.

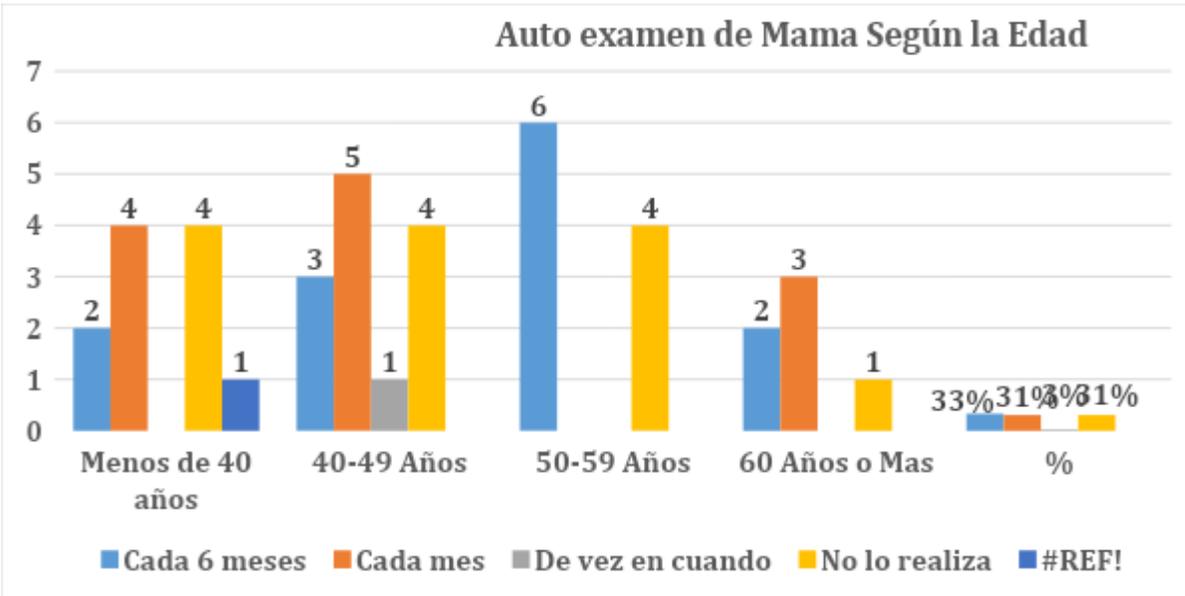
Tabla N° 12 Autoexamen de mama según edad

Auto examen de mama según edad

Rango	cada 6 meses	cada mes	ocasional	No lo realiza
Menos de 40 años	2	4	0	4
40-49 años	3	5	1	4
50-59 años	6	0	0	4
60 años o mas	2	3	0	1
%	33%	31%	3%	31%

Fuente: Esta investigación

Figura N° 12 autoexamen de mama según edad



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N.º 12 muestran que de las mujeres encuestadas el 33% con rangos de edad entre 50- 59 años realizan el autoexamen de mama cada 6 meses mientras que un 31 % con esta misma edad no lo realizaba.

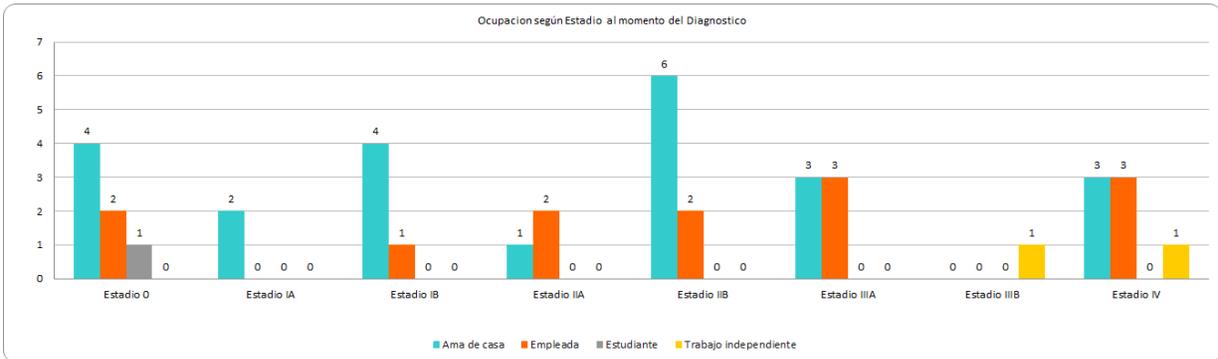
Tabla N.º 13 Ocupación según estadio de cáncer al momento del diagnóstico

Ocupación según estadio al momento del diagnóstico

Ocupación	Estadio 0	Estadio IA	Estadio IB	Estadio IIA	Estadio IIIA	Estadio IIIB	Estadio o IV
Ama de casa	4	2	4	1	3	0	3
Empleada	2	0	1	2	3	0	3
Estudiante	1	0	0	0	0	0	0
Trabajo independiente	0	0	0	0	0	1	1
%	18%	5%	13%	8%	15%	3%	18%

Fuente: Esta investigación

Figura N.º 13 ocupación según estadio del cáncer al momento del diagnóstico



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N.º 13 muestra que de las mujeres encuestadas el 21 % tenían como ocupación amas de casa con un estadio IIB mientras que el 18 % estaban en un estadio IV y eran empleadas.

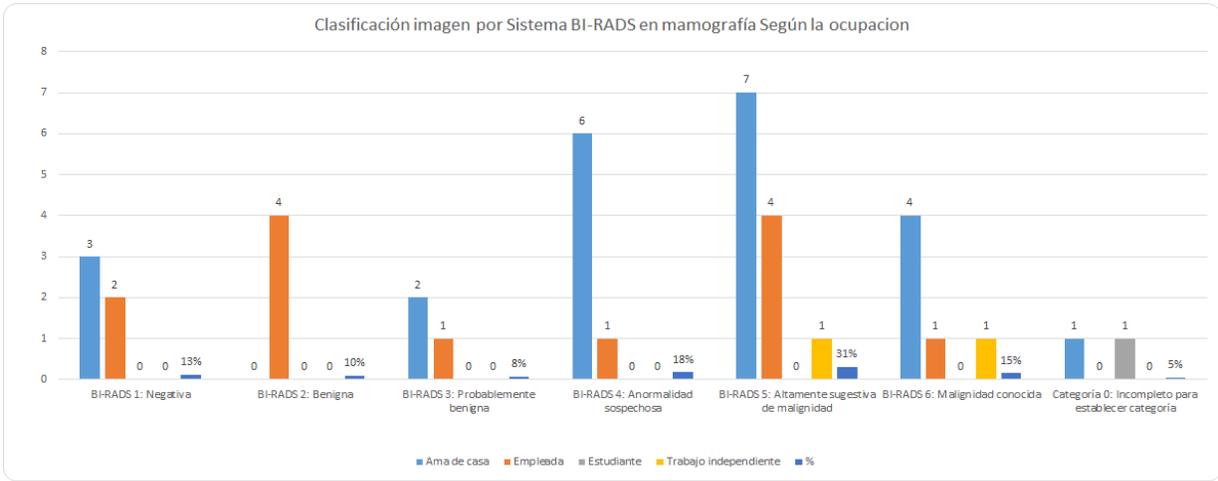
Tabla N.º 14 Clasificación imagen por Sistema BI-RADS en mamografía según ocupación

Clasificación imagen por Sistema BI-RADS en mamografía según ocupación

Ocupación	BI-RADS 1: Negativa	BI-RADS 2: Benigna	BI-RADS 3: Probablemente benigna	BI-RADS 4: Anormalidad sospechosa	BI-RADS 6: Malignidad conocida	Categoría 0: Incompleto para establecer categoría
Ama de casa	3	0	2	6	4	1
Empleada	2	4	1	1	1	0
Estudiante	0	0	0	0	0	1
Trabajo independiente	0	0	0	0	1	0
%	13%	10%	8%	18%	15%	5%

Fuente: Esta investigación

Figura N° 14 Clasificación imagen por Sistema BI-RADS en mamografía según ocupación



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N° 14 muestran que de las mujeres encuestadas el 31 % era ama de casa con BI-RADS 5 altamente sugestivo de malignidad mientras el 18 % también con una ocupación de ama de casa tenían un BI-RADS 4 con anormalidad sospechosa.

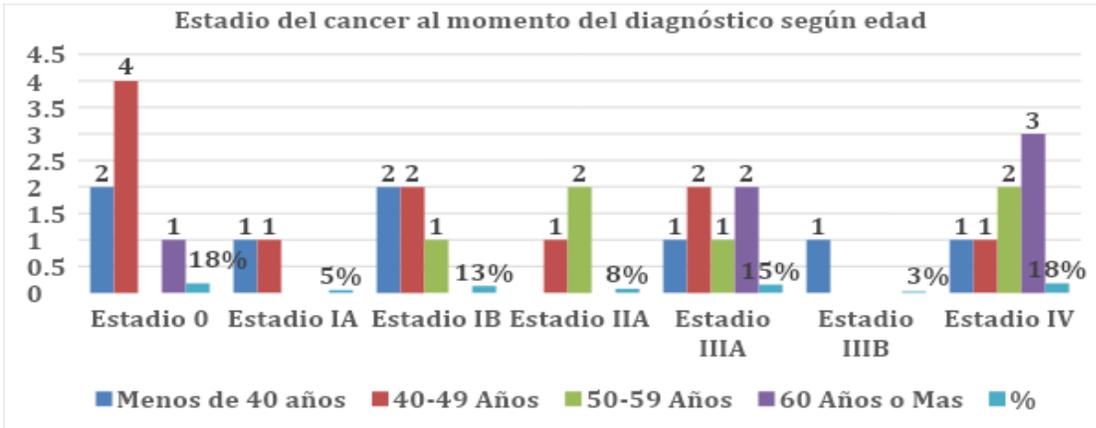
Tabla N.º 15 Estadio del cáncer al momento del diagnóstico según edad

Estadio del cáncer al momento del diagnóstico según edad

Rango	Estadio 0	Estadio IA	Estadio IB	Estadio IIA	Estadio IIIA	Estadio IIIB	Estadio IV
Menos de 40 años	2	1	2	0	1	1	1
40-49 Años	4	1	2	1	2	0	1
50-59 Años	0	0	1	2	1	0	2
60 Años o Mas	1	0	0	0	2	0	3
%	18%	5%	13%	8%	15%	3%	18%

Fuente: Esta investigación.

Figura N.º 15 Estadio del cáncer al momento del diagnóstico según edad



Fuente: Esta investigación.

La tabla y figura N° 15 muestra que de las mujeres encuestadas el 15 % presenta un estadio IIIB, teniendo en cuenta que el rango de edad que más reporta casos en dicho estadio es de los 40 años en adelante, seguido de un 18% en el estadio IV en donde la edad con mayor incidencia es 60 años o más.

7. Discusión

En el presente estudio se hizo revisión de características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas del cáncer de mama, se desconocen las causas exactas de la aparición de la enfermedad, pero se tiene conocimiento que los factores de riesgo como lo son: la edad, el estilo de vida, el consumo de tabaco, alcohol y el sedentarismo, influyen en su aparición. Es por ello que se debe reconocer los factores de riesgo, juega un papel muy importante en la detección precoz y diagnóstico oportuno.

A medida que la mujer envejece aumenta el riesgo de presentar cáncer de mama, y en este estudio se encontró que el rango de edad de 50 a 59 años es donde se presentan el mayor porcentaje de los casos, coincidiendo con otros estudios revisados donde el mayor porcentaje de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama se registró en el grupo de 50 a 59 años con un 24,44% (Ramos et al., 2015). Se pudo observar que el consumo de tabaco y alcohol es muy frecuente, entre las encuestadas con cáncer de mama que tienen hábitos nocivos como el tabaco

y el alcohol, el cuadrante anatómico más frecuente donde se ubica la lesión es el cuadrante central con 28 % seguido del cuadrante superior interno con el 26% y el 18% cuadrante superior externo.

Por otro lado, el 74% de la población encuestada (39 casos), no presentó compromiso linfático, mientras que el 26% si presentó, siendo el rango de edad de 41 a 50 años el que más casos mostró. Esto contrasta con el tamaño del tumor en el mismo rango de edad, ya que el 38% de la población encuestada (39 casos) en las edades entre 41 y 50 años presentó un tamaño de tumor entre 2 - 5 cms.

Con relación a la etnia, el 92% de las mujeres encuestadas son mestizas y sin ningún antecedente de cáncer familiar, mientras que el 6% de la misma etnia tenía antecedentes de cáncer por parte de una tía, lo que aumentaba el riesgo de aparición de la patología.

El 38% de las mujeres encuestadas con una edad entre los 41 - 50 años consultó por masa en seno mientras que el 26%, con edades entre los 31 - 40 años, consultó por rutina, también mostrándonos que es de gran importancia seguir los programas de promoción y prevención.

Con relación al autoexamen de mama según la edad, el estudio encontró que, de las mujeres encuestadas, el 33% con rangos de edad entre 51 - 60 años realizan el autoexamen de mama cada 6 meses, mientras que un 31% con esta misma edad no lo realizaba, lo cual resalta la importancia de concientizar a la población para que realice el autoexamen cada mes.

Otro hallazgo que arrojó el estudio es que el 21% de las mujeres encuestadas se desempeñaban como amas de casa al momento del diagnóstico, donde es posible evidenciar más riesgo relacionado con los factores epidemiológicos ya descritos.

Con respecto al tiempo de diagnóstico del cáncer según el estado civil, es posible determinar que un 15% de las mujeres encuestadas son casadas y con un diagnóstico de cáncer de mama superior a los 24 meses, lo cual puede inferir que la tasa de supervivencia post diagnóstico de la población femenina en unión marital es de por lo menos 2 años.

De acuerdo con la etnia y el autoexamen de mama el estudio demostró que el grupo étnico que con más frecuencia se realiza el autoexamen de mama es el mestizo con un 92 %

realizándose cada 6 meses; por el contrario, las indígenas y afrocolombianas solo el 3 % de las encuestadas se realizan el autoexamen de mama; acorde a estos resultados se evidencia que la población requiere más educación sobre la importancia de realizar el autoexamen de mama.

En lo inherente al motivo de consulta según edad, se evidenció que el 38% de las encuestadas cuya edad oscila entre los 41 - 50 años consultó debido al hallazgo de masa en seno; mientras el 26%, y cuyo rango de edad está entre los 31 - 40 años, consultó producto de chequeos rutinarios. En consecuencia, es pertinente deducir que la población femenina en un rango de menor edad tiene más propensión a la prevención mediante exámenes de rutina para la detección de un potencial cáncer de mama.

Según la ocupación y la clasificación de imagen por sistema BI-RADS el estudio mostró que de las mujeres encuestadas el 31 % era ama de casa con BI-RADS 5 altamente sugestivo de malignidad mientras el 18 % también con una ocupación de ama de casa tenían un BI-RADS 4 con anomalía sospechosa.

Luego en antecedentes obstétricos según edad el estudio mostró que de las mujeres encuestadas el 31 % con una edad entre 41 - 50 años habían tenido 2 embarazos mientras que el 23 % con una edad de 51 - 60 años tuvo 3 embarazos.

8. Conclusiones

Este estudio sobre características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas en algunas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Pereira, concluye:

Que existe un perfil de riesgo de cáncer elevado, asociado a inactividad física, conductas alimentarias desequilibradas, consumo nocivo de tabaco y alcohol y, altos índices de sobrepeso. El consumo de alimentos se aleja de las recomendaciones dadas por la OMS, se considera de gran importancia implementar actividades de promoción y prevención primarias enfocadas a proporcionar información sobre los diversos factores de riesgo para tener un mejor reconocimiento de estos y así promover estilos de vida saludables que contribuyan a la disminución de la morbimortalidad por el cáncer de mama.

Es importante realizar actividades de detección temprana que permitan la identificación y el diagnóstico oportuno de esta patología, incluir el autoexamen, y la mamografía como principal método diagnóstico para un oportuno y adecuado tratamiento.

El cáncer de mama tiene un nivel de mortalidad elevado, la mayoría de los casos se diagnostican en edades y etapas avanzadas, debido a falta de programas preventivos, limitado acceso a servicios de salud y una débil cultura de prevención, lo que hace que un alto porcentaje de mujeres se diagnostiquen cuando la enfermedad.

El riesgo individual de presentar cáncer de mama fluctúa según una serie de factores como estilo de vida, antecedentes familiares, escaso autoexamen de mama, hábitos nocivos entre otros.

La mayoría de los cánceres de mama se detectan en mujeres con promedio de edad 50 a 60 años, con estilos de vida sedentario, prácticas alimentarias inadecuadas y uso de anticonceptivos hormonales; clínicamente sobresale antecedente familiar de cáncer de mama, con consulta de masa en seno la mitad de las encuestadas, un TNM mayor a 5 cm que puede explicar diagnóstico tardío y difícil pronóstico, Sin embargo, considerando la población estudiada que no fue amplia, se recomienda otros estudios que reevalúen estos hallazgos para resignificar los resultados.

Las sobrevivientes de cáncer viven permanentemente con el temor a la recurrencia del cáncer, aunque no se sabe claramente la razón de que en algunas personas haya recurrencia y en otras no; realizar cambios de hábitos y conductas.

9. Recomendaciones

Con base a las conclusiones este estudio recomienda:

Las mujeres a partir de los 50 años deberían someterse a una mamografía para la detección precoz de cáncer de mama. Puede detectar los tumores de mama en un estadio asintomático o indetectable clínicamente.

La aplicación de programas de cribado con mamografía ha demostrado su efectividad en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama; estos programas deben conseguir la participación de las mujeres de los sectores sociales más desfavorecidos y menos informados.

Un programa bien organizado, con un buen cumplimiento por parte de las mujeres, debe dar como resultado una reducción promedio en la mortalidad de al menos el 20% en mujeres de más de 50 años. Considerando que el tiempo es clave para el tratamiento y efectividad del mismo, realizar ejercicio rutinariamente y mantener hábitos saludables, mantener peso ideal, aumentar el consumo de alimentos de origen vegetal, limitar el consumo de alimentos de origen animal y evitar hábitos nocivos como tabaco, alcohol y exposición a químicos

Se requiere una mayor intervención del estado y de los profesionales de la salud en educación alimentaria y estilos de vida saludable, enfocados desde temprana edad, en el proceso de aprender hábitos y conductas saludables desde su infancia. Así como mediar, legislar y auditar sobre los factores que afectan la salud, realizando seguimiento al impacto de las acciones asegurándose que sean efectivas y eficaces.

Un mayor compromiso social en relación con hábitos alimenticios, por el desarrollo silencioso de los factores de riesgo, la mayoría modificable con cambios conductuales y detección temprana, para actuar de forma oportuna.

Anexos

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA.

Anexo N°1.

Consentimiento informado específico

Yo _____ identificada con C.C. _____ de _____ he recibido explicación sobre el presente estudio: **Características Sociodemográficas, Clínicas y Epidemiológicas en algunas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Pereira 2020.** Realizado en la ciudad de Pereira, el cual forma parte de un trabajo investigativo del programa de enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Entiende que para participar de la investigación debe contestar un instrumento que conduce a la información sobre variables de características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas.

Comprendo que la información de esta investigación tendrá un manejo confidencial y será empleada con propósitos académicos, mi decisión de participar en el estudio solo tendrá a cambio la satisfacción de contribuir en el desarrollo de la investigación en este campo, para mejorar los programas de prevención del cáncer de mama.

Firma de la encuestada

Firma del encuestador

CC:

CC:

Fecha: _____

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Anexo N°2

Características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas en algunas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Pereira 2020.

OBJETIVO: Identificar características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas en algunas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Pereira 2020.

ORIENTACIÓN: A continuación, se realizará una serie de preguntas que usted deberá contestar, previa aceptación de consentimiento informado específico firmado.

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.1 Edad: ___ años

1.2 Etnia

Mestizo

Indígena

Afrodescendiente

Otro: __ Cuál: _____

1.3 Estado civil

Soltera

Casada

Unión libre

Otro: __ Cuál: _____

1.4 Nivel educativo

Primaria

Secundaria

Técnico/tecnológico

Educación superior

Otro: __ Cuál: _____

1.5 Procedencia

Pereira

--

Otro municipio: __ Cual. _____

1.6 Residencia

Urbana

Rural

1.7 Estrato socioeconómico

Estrato 1

Estrato 2

Estrato 3

Otro: __ Cuál: _____

1.8 Ocupación:

Ama de casa

Estudiante

Empleada

Trabajo independiente

Jubilada

Ninguna

1.9 Actividad económica: _____

1.10 Ocupación del cónyuge

Estudiante

Empleado

Trabajo independiente

Jubilado

Ninguna

1.11 Actividad económica del cónyuge: _____

1.12 Ingreso económico

Esporádico/ ocasional

≤ 1 SMLV

Igual a 1 SMMLV

≥ 1 SMLV

Otro: __ Cuál: _____

1.13 Seguridad Social:

Subsidiado

Contributivo

Vinculado

Otro--: __ Cuál: _____

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS

2.1. Peso _____ Kg **Talla:** ___ cm **IMC** _____

2.2 Realiza actividad física

1 vez semana

2-3 veces por semana

Todos los días

No realiza

Otro: __ Cuál: _____

2.3 Tipo de Nutrientes, alimentos procesados y ultra procesados

Frutas y verduras

Alimentos fritos

Carnes rojas y alimentos procesados

Fibra

Consumo de azúcar

2.4 Hábitos nocivos:

Tabaco

Alcohol

SPA

Otro: __ Cuál: _____

2.5 Tiempo de diagnóstico

Menos de 6 meses

De 6 a 12 meses

De 12 a 24 meses

Más de 24 meses

2.6 Antecedentes de cáncer de mama familiar

Mama

Abuela

Tía

Hermana

Otra: __ Cuál o quién _____

2.7 Antecedentes personales de cáncer de o en:

Mama

Cérvix

Ovario

Hígado

Otro: __ Cuál: _____

2.8 Antecedentes reproductivos:

Edad de la menarquia
Alteraciones del ciclo ovárico
Alteraciones hormonales
Edad de la menopausia

2.9 Antecedentes Obstétricos

G __ P __ A __ C __ V __ M __

2.10 Lactancia materna

Exclusiva
Extendida

Otra: __ Cuál _____

2.11 Métodos anticonceptivos hormonales

Anillo vaginal
Endoceptivo
Implante subcutáneo
Inyección anticonceptiva
Parche anticonceptivo
Píldoras anticonceptivas combinadas
Anticonceptivos orales

Otro: __ Cuál: _____

2.12 Factores de riesgo en cáncer de mama

Terapia combinada de reemplazo hormonal

Historia familiar de cáncer

Radiación terapéutica del tórax a una edad menor de 30 años

Paridad tardía (edad mayor a 30 años)

Nuliparidad

Menarquía temprana (edad menor a 12 años)

Menopausia tardía (edad mayor a 55 años)

Estilo de vida sedentario

Otro: ___ Cuál: _____

2.13 Autoexamen mama

Cada mes

Cada 6 meses

No lo realiza

Otra: ___ Cuál: _____

2.14 Motivo de consulta previo al diagnóstico

Masa en seno

Hallazgo incidental

Rutina

Dolor en los senos

Cambios en la piel del seno

Cambio de forma en el pezón

Otro: ___ Cuál: _____

2.15 Localización por cuadrantes

CSE: (Cuadrante superior externo)

CSI: (Cuadrante superior interno)

CC: (Cuadrante central)

CIE: (Cuadrante inferior externo)

CII: (Cuadrante inferior interno)

Otro: ___ Cuál: _____

2.16 Edad al momento del diagnóstico

Menor de 39

40 a 49

50 a 59

Mayor de 60

2.17 Pruebas diagnósticas:

Sistema TNM

Tamaño tumoral T

T1: (Tumor menor o igual a 2 cms.)

T2: (Tumor entre 2-5 cms)

T3: (Tumor mayor de 5 cms)

T4: (cualquier tamaño con extensión directa.

Compromiso linfático N

N0: (Sin compromiso metastásico axilar)

N1: (Con compromiso metastásico axilar)

N2: (Con compromiso metastásico axilar)

N3: (Con compromiso metastásico axilar)

Enfermedad a distancia M

M0: (Sin enfermedad a distancia)

M1:(Con enfermedad metastásica a distancia)

2.18 Clasificación BRCA ½

BRCA1

BRCA2

2.19 Clasificación BI-RADS en la mamografía

BI-RADS 1: Negativa

BI-RADS 2: Benigna

BI-RADS 3: Probablemente benigna

BI-RADS 4: Anormalidad sospechosa

BI-RADS 5: Altamente sugestiva de malignidad

BI-RADS 6: Malignidad conocida

Categoría 0: Incompleto para establecer categoría

2.20 Tipo de cáncer de mama según el estudio histológico

Canalicular infiltrante

Ductal infiltrante

Inflamatorio mixto

Lobulillar infiltrante

Intraductal

Otro ____ Cuál: _____

2.21 Estadio a al momento del diagnóstico

- Estadio 0
- Estadio IA
- Estadio IB
- Estadio IIA
- Estadio IIB
- Estadio IIIA
- Estadio IIIB
- Estadio IIIC
- Estadio IV
- Recurrente

2.22 Tratamiento recibido:

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Quirúrgico
- Terapia hormonal
- Braquiterapia

Otro: __ Cuál: _____

2.23 Terapias complementarias

- Psicológica
- Nutricional
- Física
- Ocupacional

Otra: __ Cual: _____

Referencias

Organización Mundial de la Salud (OMS, s. f.). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. Informe de Secretaría 61ª Asamblea Mundial de La Salud. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud (OMS, s. f.), Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. En: Informe de una Consulta Mixta de Expertos. Serie de Informes Técnicos, 916. Ginebra, Suiza, 2003.

Calvo Chaves, N. J. (2009). Prestaciones ordenadas mediante acción de tutela en materia de seguridad social en salud. Ambiente Jurídico, 220-257.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (11 de agosto de 2000). Naciones Unidas. Obtenido de Naciones Unidas Consejo Económico y Social: http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/estandares_internacionales_sobre_derecho_a_la_salud_en_la_onu.pdf.

Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. (1999). Recomendaciones adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer. Obtenido de https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_S.pdf.

Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. (1999). Recomendaciones Generales Adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer. Obtenido de https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_S.pdf.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (22 de julio de 1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Constitución Política de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Obtenido de <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49#:~:text=Art%C3%ADculo%2049.,p%C3%BAblicos%20a%20cargo%20del%20Estado.&text=Corresponde%20al%20Estado%20organizar%2C%20dirigir,de%20eficiencia%2C%20universalidad%20y%20solidarida.>

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (18 de diciembre de 1979). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Obtenido de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (18 de diciembre de 1979). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Obtenido de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>.

Declaración Universal de Derechos Humanos. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos 70 años 1948 - 2018. Bogotá. Obtenido de <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/DUDDHH2017.pdf>.

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2020). Día Mundial del Cáncer Infantil Obtenido de <https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/dia-mundial-del-cancer-infantil-2020/#:~:text=D%C3%ADa%20Internacional%20del%20C%C3%A1ncer%20Infantil,en%20minores%20de%2018%20a%C3%B1os>.

Fritz, A., Percy, C., Jack, A., & Shan, K. (2003). Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Revista del Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo, 320.

Instituto Nacional de Cancerología. (2018). Boletín Legislativo y Político en conmemoración al día mundial del cáncer de mama. Bogotá. Obtenido de <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/boletin%20especial%20cancer%20de%20mama.pdf>.

La Patria. (16 de febrero de 2020). El cáncer es la segunda causa de muerte de niños entre 5 y 15 años en Colombia. La Patria. Obtenido de <https://www.lapatria.com/salud/el-cancer-es-la-segunda-causa-de-muerte-de-ninos-entre-5-y-15-anos-en-colombia-453010>.

Ministerio de Salud. (s.f.). Norma Técnica para Detección Temprana del Cáncer de Seno. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-cancer-seno.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Acerca de la OMS. Obtenido de Acerca del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer: <https://www.who.int/about/iarc/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Acerca de la OMS. Obtenido de Acerca del Centro Internacional de Investigaciones sobre el cáncer: <https://www.who.int/about/iarc/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Cáncer. Obtenido de Datos y cifras contra el cáncer : <https://www.who.int/cancer/about/facts/es/#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20una%20de,hombre%20y%20en%20la%20mujer.>

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (16 de diciembre de 1966). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Obtenido de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>.

Ramírez, A. M., Rocha Beltrán, D. E., Durango Suárez, L. F., & Rodríguez Álvarez, S. B. (2016). Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud en el régimen contributivo. CES Derecho, 7, 13 - 41. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n2/v7n2a03.pdf>.

Relatoría Especial de las Naciones Unidas. (2005). Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Obtenido de https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/derechos%20humanos/dersaludlfisment.pdf.

Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2009). Registro Hospitalario de Tumores del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. Obtenido de <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/rt/rt2009/rt2009.pdf>.

Laroussy, Lamiaa; Aimeijide, Alberto; Saladié, Francina; Espinás, Alfons Josep; Borrás, María Josep y Galceran, Jaume (2020); titulado “Participación de la población inmigrante en el cribado de cáncer de mama de Tarragona, España”. Revista Elsevier España, S.L.U. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.05.010>. Extraído de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301596>.

Hernández Bonilla, Lisa Daniela; Castellanos Araque, Franlet y Toloza Delgado, Jurgén Daniel (2020); titulado: “Aspectos psicosociológicos del cáncer de mama, e impacto de la intervención integral en la calidad de vida en pacientes de Cúcuta-Colombia”. Revista Archivos Venezolanos de farmacología y terapéutica (AVFT). Extraído de: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_3_2020/22_aspectos.pdf.

Azcarate García, Esther; Valle Matilde, Uziel; Villaseñor Hidalgo, Rodrigo y Gómez Pérez, Abraham Isayd (2017); titulado: “Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México”. Revista ATEN FAM. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>. Extraído de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300585>.

Burbano García, Claudia Lorena; Muñoz Orozco, Claudia Patricia; Cabanillas Cuadros, María Camila y Sinisterra, Maribel Alegría (2020). Titulado: “Estudio de caso sobre la afectación en la sexualidad en las mujeres con mastectomía”. Revista Archivos Venezolanos de farmacología y terapéutica (AVFT). Extraído de: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_4_2020/18_estudio.pdf.

Danet Danet Alina, López Doblas Manuela, March Cerdà Joan Carles, Prieto Rodríguez María Ángeles (2020); titulado “Heroína, pero no Superwoman. Evaluación de una formación entre iguales para mujeres con cáncer de mama”. Gaceta Sanitaria <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.007>. Extraído de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118302292>.

Arango Rendón Luis Fernando, Rendón Llano Simón, Palacio Garcés C Isabel (2019); titulado “El cáncer de seno: conocimientos, actitudes y prácticas para la detección temprana en Amalfi, Antioquia”. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n3a02>. Extraído de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120386X2019000300005&script=sci_abstract&tlng=es.

Doria Ruiz Carolina Sixta, Jiménez Valencia Nina Nydia, Montes Ortega Eliecer Jorge (2019); titulado “Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en Córdoba, Colombia”. Anales de Psicología. <https://doi.org/10.6018/analesps.351701>. Extraído de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/351701>.

Sánchez Guillermo, G. Niño Carlos, C. Estupiñán Ana (2016); titulado “Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia”. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a04>. Extraído de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n3/0120-386X-rfnsp-34-03-00297.pdf>.

Ministerio de Salud. (s.f.). Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Seno. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-cancer-seno.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). El cáncer de mama: un problema creciente en Colombia. Hechos y Acciones, 1-11.

American Society of Clinical Oncology (2017). Mamografía. <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atención-del-cáncer/diagnóstico-de-cáncer/pruebas-y-procedimientos/mamografía>.

AJCC Cáncer Staging. (2017). Cáncer de mama: Estadios. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-de-mama/estadios>.

American Cancer Society. (n.d.). (Comprensión de un diagnóstico de cáncer de seno). Retrieved October 24, 2020, from <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/9020.00.pdf>.

American Joint Committee on Cancer (AJCC) y el International Union for Cancer Control (UICC). (n.d.). No Title. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>.

Breastcancer.org. (2017). Factores de riesgo del cáncer de mama. <https://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores>.

Guerrero Robles. j (2015). Evaluación de Termografía Tisular Diferenciada en Mama como Potencial Técnica para Asistir la Detección de Cáncer. Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inge/ib-2015/ib151g.pdf>.

Health, S. C. (2020). Autoexamen de los Senos. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=autoexamendelossenos-90-P04690#:~:text=¿Qué es el autoexamen de,presencia de cáncer de seno?>.

Parenthood, P. (n.d.). ¿Qué es un examen de los senos? <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/cancer/cancer-de-seno/que-es-un-examen-de-los-senos>.

Santaballa Bertrán. (2020). Cáncer de mama. <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?showall=1>

Vivar, C. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711004264>.

Aibar, L., Santalla, A., López-Criado, M. S., González-Pérez, I., Calderón, M. A., Gallo, J. L., & -Parra, J. F. (2011). Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. *Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia*, 38(4), 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2010.10.016>.

Camacho-Piedra, C., Espíndola-Zarazúa, V. (2019). Actualización de la nomenclatura BI-RADS® por mastografía y ultrasonido. *Revista Anales de Radiología México*, 17(2), 100–108. <https://doi.org/10.24875/arm.m18000015>.

Acosta-Martínez, M., Karchmer-Krivitzky, S., Melgar-Barriga, G., Molinar Horcasitas, M., & Garza-Arrieta, J. (2016). Clasificación Mastografía y Ultrasonográfica del Birads. 84(3), 136–142. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom163c.pdf>.

Larrea Alvarado, A., Colque, Y., & Peláez, C. (2016). Revisión Y Evaluación De Categorías Del Sistema Bi - Rads En Lesiones Mamarias Sometidas a Biopsia En Pacientes Del Hospital Materno Infantil Durante Las Gestiones 2013-2014. Revista Médica La Paz, 22(2), 29–35.

Ramos Águila Yisel de la Caridad, Marimón Torres Eugenia Rita, Crespo González Caridad, Junco Sena Bárbara, Valiente Morejón Wilfredo.(2015). Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Revista Ciencias Médicas [Internet]. [Citado 2020 agosto 20]; 19(4): 619-629. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006&lng=es

Bohórquez Moreno, C., Castillo Ávila, I., Montalvo Prieto, A. (12 de noviembre de 2017). Sistema de Información Científica Redalyc. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe,: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273854673015/index.html>.

Duany Fernández, M., Cuza Rodríguez, Á., Hardí Faure, R., Odalis Lovaina, A. (4 de octubre de 2009). Comportamiento de cáncer de mama. Revista de Información Científica, 64(4), 1-11. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757307026.pdf>.

González Sillas, D., Zavala Pérez, I., López Cárdenas, G., & Samaniego Zepeda, M. (2017). Proceso de enfermería y cáncer de mama. Waxapa, 13-18. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2017/wax1717c.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (02 de julio de 2012). Instituto Nacional de Cancerología- ESE. Obtenido de http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/95685f345e64aa9f0fece8a589b5acc3_BOLETIN%20HECHOS%20Y%20ACCIONES%20MAMA.PDF.

Mohar Betancourt, A., Alvarado-Miranda, A., Torres-Domínguez, J., Cabrera, P., Lara-Medina, F., Villarreal-Gómez, Y., Reynoso-Noverón, N. (2018). Scielo. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/spm/2018.v60n2/141-150/es>.

Pineda-Higueta, S., Andrade-Mosquera, S., & Montoya-Jaramillo, Y. (2017). Scielo. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00085.pdf>.

Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. (s.f.). Biblioteca digital min salud. Obtenido de Norma Técnica para la Detección: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-cancer-seno.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (02 de julio de 2012). Instituto Nacional de Cancerología- ESE. Obtenido de http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/95685f345e64aa9f0fece8a589b5acc3_BOLETIN%20HECHOS%20Y%20ACCIONES%20MAMA.PDF.

Duque, I.; Pesci Feltri, A, López Tovar, M; García fleury, I; Guida, V; Fernández, A; & Banch, R. (23 de marzo de 2018). Hospital Universitario de Caracas Instituto de Oncología y Hematología. Obtenido de https://www.google.com/url?q=http://www.redalyc.org/jatsRepo/3756/375654904005/index.html&ust=1542305820000000&usg=AFQjCNFDEggUCtMOmwLgemYTgi_P0EwbvQ&hl=es&source=gmail.

González, T., Vargas, C., Muñoz-Sandoval, J., Ramírez Cheyne, J., Saldarriga Gil, W. (2016). Sistema de Información Científica Redalyc. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195245729005>.

Pineda-Higuita, S., Andrade-Mosquera, S., & Montoya-Jaramillo, Y. (2017). Scielo. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00085.pdf>

González-Mariño, Mario A. (2016). Causas de muerte por cáncer de mama en Colombia. Revista de Salud Pública, 18(3), 344-353. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n3.30483>

Vargas, Javier & Ruiz, Karim & Nuñez, Gladys & Miki, Janet & Pérez-Lu, José & Huarcaya, William & Clapham, Benjamín & Cortez-Escalante, Juan. (2018). Resultados preliminares del fortalecimiento del sistema informático nacional de defunciones. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 35. 505. 10.17843/rpmesp.2018.353.3913.

Carrión Peñalver, Reyna Esther, Castellanos Carmenate, Teresa, Pérez Salinas, Lisbet, & güero Martin, Raiza. (2017). Incidencia de algunos factores sociales en el incremento del cáncer de mama. MEDISAN, 21(3), 298-303. Recuperado en 08 de octubre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000300008&lng=es&tlng=es.

Bohórquez Moreno, C; Castillo Ávila, I., Montalvo Prieto, A. (12 de noviembre de 2017). Sistema de Información Científica Redalyc. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, : <http://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273854673015/index.html>.

Alves Jesús, Lorena, S. C. (2018). Capacidad funcional de miembros superiores en pacientes con cáncer de mama. Revista Pesquisa de Fisioterapia. Obtenido de <https://bit.ly/34YippS>.

Bedoya Astrid Milena, L. A.-A. (2019). Revista Cubana de Obstetricia Ginecología. Factores de riesgo para el cáncer de mama. Obtenido de <https://bit.ly/3jSGkLq>.

Bustamante Leija Luis Eduardo, S. G. (2015). El autocuidado en el diagnóstico oportuno de las enfermedades. Elsevier. Obtenido de <https://bit.ly/32gdXAK>.

Carrión Peñalver, Reyna Esther, C. C. (marzo de 2017). Incidencia de algunos factores sociales en el incremento del cáncer de mama. MEDISAN. Obtenido de <https://bit.ly/3eDfJRL>.

Contreras-Cruz Ana Cecilia, C.-C. G.-J. (2015). Preocupaciones de pacientes de cáncer: la experiencia del centro de educación del Instituto Nacional de Cancerología. Revista Ciencias Biomédicas. Obtenido de <https://bit.ly/2Jzb33D>.

Durán Avendaño, Marianne; Arlette, R. D. (2018). Experiencias de cuidado de las mujeres boyacenses, sometidas a mastectomía por cáncer de mama. Cultura de los Cuidados. Obtenido de <https://bit.ly/3kZZQXF>.

García Castañeda, Jheimy, R. H. (2017). El cáncer de mama y su relación con los factores de riesgo modificables en mujeres Armenia, Quindío. Revista de Investigaciones Andina, 59 - 72. Obtenido de <https://bit.ly/3eqdJvM>.

López Cuevas Zoraida Caridad, G. O. (2008). Impacto psicológico y social de la Mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama. Revista Médica Electrónica. Obtenido de <https://bit.ly/34XS2jB>.

Hernández, Martín; Magny, T. E. (2020). Conocimientos sobre cuidados a la mujer mastectomizada del centro de Cuba en la atención enfermera. Scielo. Obtenido de <https://bit.ly/34Wu5Jn>.

Montalvo Prieto, Amparo Astrid, F. R. (2016). Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. Hacia Promoción Salud. Obtenido de <https://bit.ly/2TQSeuO>.

Muñoz Bravo, Sandra Felisa, T. V. (2009). Vivencias y prácticas de autocuidado de las mujeres con cáncer de mama. Revista Médica Universidad Industrial de Santander. Obtenido de <https://bit.ly/3esxu5X>.

Naranjo Hernández Ydalsys, C. P. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Scielo. Obtenido de <https://bit.ly/3jTMPxr>.

Nogueira Costa Larissa Di Leo, d. L. (2019). Mortalidad por cáncer de mama y condiciones de desarrollo humano en Brasil. Revista Brasileira de Cancerología. Obtenido de <https://bit.ly/2I5L570>.

Olaya Justo, Germán, C. J. (2019). Tamización para cáncer de mama en el departamento del Huila, Colombia. Revista Colombiana de Cirugía. Obtenido de <https://bit.ly/34Z2QO>.

Ramos Águila Yisel de la Caridad, M. T. (agosto de 2015). Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Obtenido de <https://bit.ly/34VHrWo>.

Rey Villar Raquel, P. F. (2017). Calidad de vida, ansiedad antes y después del tratamiento en mujeres con cáncer de mama. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Obtenido de <https://bit.ly/2TR9ZKv>.

Rojas, S. M. (2018). Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. Revista Ciencia y Cuidado. Obtenido de <https://bit.ly/38bSkoZ>.

Santos Marques, Leomar, R. M. (Abril de 2019). Inteligencia computacional aplicada a la detección del cáncer de mama. Revista Brasileira de Computação Aplicada. Obtenido de <https://bit.ly/3jYIid9>.

Soto Cáceres, Rosario, S.-C. V. (2013). Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Revista Cuerpo Médico. Obtenido de <https://bit.ly/34VzgcA>.

Souza Rodríguez, Nayara, d. C. (2018). El impacto en la mastectomía en la sexualidad de la mujer. Educación Física y Deportes. Obtenido de <https://bit.ly/34VDD7u>.

Villacorta Martín Alicia, V. M. (2017). Revista ICUE. Investigación y Cuidados de Enfermería. ISSN: 2445-3846 ICUE.2017;2(1)Cuidados de Enfermería en la mujer con mastectomía profiláctica tras el alta hospitalaria . Investigación y Cuidados de Enfermería. Obtenido de <https://bit.ly/3erc4Ge>.

Ravelo Celis, José Antonio. (2001). Avances en el diagnóstico del cáncer de mama. Importancia de la pesquisa y diagnóstico precoz. Reflexiones sobre el problema en Venezuela. Retrieved from http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622001000300013.

Marín Kelso, Claudia Lorena; Martínez Pulgarin, Dayron Fernando (2013). Calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama, Pereira, Colombia 2010. Investigación Andina.

Castaño Molina, E. (11 de enero-diciembre, de 2006). Revista Hacia la Promoción de la Salud. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126325003.pdf>.

Peñalver, C., Esther, R., Carmenate, C., Salinas, P., Martin, A. (2017). Incidencia de algunos factores sociales en el incremento del cáncer de mama. Medisan, 21(3), 298–303.

Coppola, M. P., Lewi, D. S., Marantz, A. (2011). Cáncer de mama durante el embarazo. Prensa Médica Argentina, 98(2), 80–83.

González-Teshima, Laura Yuriko; Samir Vargas-Cely, Fabio; Muñoz-Sandoval, Juan. (2016). Síndrome de Cáncer Hereditario de Mama y Ovario: Aplicación Clínica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

Rodríguez Correa, María. (2017). Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama: primeras reacciones emocionales. Retrieved april 18, 2020, from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300015

Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. (s.f.). Biblioteca digital m Min salud. Obtenido de Norma técnica para la detección: <https://achop.org/conociendo-la-ley-1388/>.

Duany Fernández, M., Cuza Rodríguez, Á., Hardí Faure, R., Odalis Lovaina, A. (4 de octubre de 2009). Comportamiento de cáncer de mama. Revista de Información Científica, 64(4), 1-11. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757307026.pdf>.

González Sillas, D., Zavala Pérez, I., López Cárdenas, G., & Samaniego Zepeda, M. (2017). Proceso de enfermería y cáncer de mama. Waxapa, 13-18. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2017/wax1717c.pdf>.

Ministerio de Salud. (s.f.). Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Seno. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-cancer-seno.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). El cáncer de mama: un problema creciente en Colombia. Hechos y Acciones, 1-11.

Organización Mundial de la Salud. (2016). La OMS espera un incremento del 70% de nuevos casos de cáncer en las próximas dos décadas. 20 minutos. Obtenido de <https://www.20minutos.es/noticia/2664994/0/organizacion-mundial-salud/incremento-casos-cancer/proximas-decada/?autoref=true>

Personería de Medellín. (2013). El derecho fundamental a la salud y el sistema general de seguridad social en salud. Medellín: Litografía Dinámica. Obtenido de <http://www.fundacionintegrar.org/wp-content/uploads/2013/07/CARTILLA-DE-SALUD.pdf>.

Rivera, R. R. (2017). Programa educativo "Vivir Sin Cáncer" para prevenir el cáncer de mama y su influencia en el nivel de conocimiento de los estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas sede Chosica, 2013. Huánuco, Perú. Obtenido de <https://1library.co/document/zpn2w80y-programa-educativo-influencia-conocimiento-estudiantes-enfermeria-universidad-peruanas.html>.

Triviño V, Z., & Sanhueza A, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichan, 20-31. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a03.pdf>

Triviño, Z., & Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. AQUICHAN, 20-31. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a03.pdf>

Carrión Peñalver, Reyna Esther; Castellanos Carmenate, Teresa; Pérez Salinas, Lisbet. (2017). Incidencia de algunos factores sociales en el incremento del cáncer de mama. MEDISAN.

Castaño Molina, E. (11 de enero-diciembre, de 2006). Revista Hacia la Promoción de la Salud. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126325003.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. Informe de Secretaría 61ª Asamblea Mundial de La Salud. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. En: Informe de una Consulta Mixta de Expertos. Serie de Informes Técnicos, 916. Ginebra, Suiza, 2003.