

MUJERES EN TRATAMIENTO DE CÁNCER, ACOGIDAS POR UN ALBERGUE DE APOYO: CIRCUNSTANCIAS Y PERSPECTIVAS DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

WOMEN RECEIVING CANCER TREATMENT SUPPORTED BY A HOUSING SUPPORT: CIRCUMSTANCES AND PERSPECTIVES IN NURSING CARE



María Mercedes Lafaurie¹
Diana Rocío Castiblanco Barbosa²
Johanna Marcela González Díaz³
Diana Marcela Jiménez Tamayo⁴
Liseth Bibiana Moreno⁵
Liliana del Pilar Ramírez⁶
Aida Ginna Sastoque Ramírez⁷
Jenny Hiveth Tenza González⁸

Resumen

Se realizó un estudio de tipo cualitativo basado en 13 entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer entre los 33 y los 70 años, con diferentes diagnósticos, provenientes de varias regiones de Colombia, vinculadas al régimen subsidiado, y que son acogidas por un albergue durante su estadía en Bogotá con motivo de su tratamiento en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) con el fin de conocer sus circunstancias y sus necesidades de cuidado de enfermería.

De las mujeres, 8 tienen un cáncer de tipo ginecológico y de este grupo 5 viven con cáncer de mama. En 4 de los 13 casos el diagnóstico fue tardío. Para todas las mujeres ha sido difícil asimilar su diagnóstico, asociándolo a la posibilidad de morir; luego ha sobrevenido una etapa de aceptación de su realidad de salud y de afrontamiento. Para este grupo, el INC y el Albergue constituyen redes sociales significativas; la lejanía de sus allegados es una dificultad que destacan del hecho de tener que desplazarse a la capital. La mayoría de las participantes buscan sentirse activas; los aspectos psicosociales son prioritarios entre sus necesidades; desean profundizar en su conocimiento de la enfermedad; es importante para ellas desarrollar mayores habilidades de auto cuidado para minimizar efectos adversos y síntomas. Fortalecer las redes de acompañamiento e interacción generadas entre ellas así como apoyarlas para fortalecer sus perspectivas de afrontamiento de su enfermedad y de autocuidado hacen parte de las estrategias que se proponen para otorgar mayor sentido a la

Recibido: 11 de diciembre de 2008

Aceptado: 27 de mayo de 2009

cotidianidad y para favorecer su salud mental y su calidad de vida durante el tiempo que duran sus tratamientos en la capital.

¹ Psicóloga. Consultora en desarrollo social y género. Profesora asociada, Universidad El Bosque. E-mail: maríamlafaurie@yahoo.com.

² Enfermera, Universidad El Bosque.

³ Enfermera, Universidad El Bosque.

⁴ Enfermera, Universidad El Bosque.

⁵ Enfermera, Universidad El Bosque.

⁶ Enfermera, Universidad El Bosque.

⁷ Enfermera, Universidad El Bosque.

⁸ Enfermera, Universidad El Bosque.

Palabras clave: Mujeres, cáncer, investigación cualitativa, experiencias, enfermería.

Abstract

A qualitative study based on the narratives of 13 Colombian women with different types of cancer, between 33 to 70 years old, who come from different regions, who have social security support, and who are helped by a hostel program while they have their treatment at Instituto Nacional de Cancerología (INC) located in Bogotá, was done to know their circumstances and their needs of nursing care.

8 of them have gynecological cancer; 5 live with breast cancer. In 4 of the cases the diagnostic was late; for all of them have been difficult to face their diagnostics associating it with a possible death; after, there came a stage of acceptance of their health reality and facing the facts. INC and the hostel program are significant social network for them. Being far from their families is a difficulty that comes with the relocation they have to do. Almost all of them look for being active; the psychosocial aspects is a priority among their needs; they want to improve in their disease knowledge and it is important for them to develop more abilities of self care to minimize adverse effects and symptoms. To enforce their support network and the interacting among them, as well to increase their perspectives to face their disease, are strategies that could add more sense in their daily life and to make stronger their mental health while they receive their treatments in the capital city.

Key words: women, cancer, qualitative research, experiences, nursing.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una de las problemáticas de salud de mayor incidencia en el mundo. Afirma la Liga Colombiana contra el Cáncer que “cualquier persona, sin importar su edad, sexo, credo religioso o estatus social puede padecer cáncer en algún momento de su vida” (1).

Colombia ha tenido un incremento importante en las tasas de incidencia y mortalidad para la mayoría de tipos de cáncer. Es un problema creciente de salud pública que se ubica como la tercera causa de muerte y la primera causa de muerte no violenta en el país según un estudio realizado por la Universidad del Rosario (2). De acuerdo con los registros del Instituto Nacional de Cancerología (INC) para el periodo de 2005 se reportaron 5.928 casos nuevos de cáncer, con una distribución por sexo, según localización primaria reportada, de 2.358 en hombres y 3.570 en mujeres (3). Según la Secretaría Distrital de Salud del D.C. en el 2008, 30 de cada 100.000 mujeres pueden sufrir de cáncer de cérvix y 33 de cada 100.000 cánceres de mama en el país (4).

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS (2005), se destaca que el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer entre la población de mujeres de 30 a 59 años de edad y la segunda causa de mortalidad general por neoplasias. El cáncer de mama ataca a 1 de cada 10 mujeres colombianas, la mayoría entre los 40 y los 69 años. Profamilia señala que “el riesgo de desarrollar cáncer de seno aumenta con la edad, siendo

el riesgo más alto para las mujeres que comenzaron a menstruar temprano o que pasaron por la menopausia después de los 50 años” (5).

Montes et ál., señalan que el cáncer cérvico uterino es una de las principales causas de muerte por cáncer en la mujer en países en vías de desarrollo (6). Castro–Jiménez & cols estiman que los países con menos desarrollo tienen 1,8 veces más incidencia de este tipo de cáncer y 2,8 veces más mortalidad que los más desarrollados (7).

Dentro del grupo de factores de riesgo directos del cáncer de cérvix, según Castro–Jiménez et ál. (2006), se encuentran el tabaquismo, la influencia hormonal, la infección por *Chlamydia trachomatis*, el tipo de HLA, la inmunosupresión y la susceptibilidad genética. Los factores indirectos más frecuentemente estudiados son: el inicio temprano de la actividad sexual, el número de compañeros sexuales, el tener un compañero sexual de alto riesgo, el antecedente de enfermedades sexualmente transmitidas, el estado civil y el antecedente de citología anormal (7).

Según Cortés Yepes, los factores de riesgo para contraer cáncer de cérvix pueden ser los siguientes: multiparidad; uso prolongado de anticonceptivos orales; consumo de cigarrillo e inmunosupresión; VIH/Sida y otras ITS (*Chlamydia trachomatis* y herpes virus 2). Los factores relativos a la edad de inicio de la vida sexual y al número de compañeros sexuales parecen no constituir un riesgo como tal, sino que exponen en mayor medida a la mujer al VPH (8).

En América Latina y el Caribe casi 300.000 mujeres mueren anualmente por cáncer de mama; Colombia, según Robles & Galanis, figura entre los países de mediana incidencia de este tipo de cáncer en la Región (9). Como bien se conoce existe una relación estrecha entre la detección temprana de este tipo de cáncer y las posibilidades de que pueda ser superado, lo cual nos lleva a reconocer la importancia de fortalecer los procesos educativos destinados a las mujeres para el auto examen de seno así como de la minimización de las barreras de acceso de las mujeres a la atención en salud.

Varios autores(as) entre quienes se encuentran los investigadores colombianos Olaya et ál. (10), así como Tryggvadottir et ál. de Islandia (11) y Lee et ál. de Corea (12), coinciden en que la lactancia constituye un factor protector frente al cáncer de mama.

De acuerdo con Del Val Gil y sus colaboradores, en la actualidad el cáncer de mama es considerado como una enfermedad sistémica, requiriendo un tratamiento multidisciplinario, en el cual la cirugía sigue teniendo un peso específico importante, con intervenciones menos agresivas (13).

Mate–Romero señala que la reconstrucción plástica del seno restaura su forma, disminuyendo los trastornos psicológicos asociados a la mastectomía que según la autora incluyen sentimientos de mutilación, alteración de la imagen corporal, pérdida del sentido de femineidad, alteración de la vida afectiva, ansiedad, depresión, desesperanza, sentimiento de culpa, vergüenza, temor, abandono y pérdida del interés sexual. La mujer que ha pasado por un proceso de reconstrucción del seno logra obtener una sensación de apariencia física mejorada, con aumento de la confianza en sí misma y la autoestima (14).

Según Olivares Crespo, los cánceres ginecológicos aparecen en distintas localizaciones entre las que cabe citar: mama, endometrio, cérvix, vulva y ovario. Muchos de estos cánceres producen pocos o ningún síntoma hasta que el tumor es avanzado y aparecen con mayor frecuencia en mujeres mayores, aunque pueden ser diagnosticados en cualquier momento del ciclo vital. Tanto el cáncer como los efectos de los tratamientos a los que son sometidas las pacientes frecuentemente provocan cambios hormonales, sexuales, reproductivos, así como alteraciones psicológicas y sociales, afirma la autora (15).

Al hablar de cáncer no podemos desconocer aspectos como la situación demográfica, la transición epidemiológica, la industrialización y la recesión económica, factores que condicionan la salud en Colombia, los cuales están íntimamente relacionados con patrones culturales que pueden aumentar el problema del cáncer en el país. El género hace parte importante de estos determinantes.

El género y la salud de la mujer constituyen una intersección compleja cuyo estudio es reciente. La inclusión de una perspectiva de género en los asuntos de la salud es un imperativo ético y político que ha asumido Colombia y que enmarca, entre otras, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (16). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define género como “la construcción social de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres” (17).

De acuerdo con la OPS, la equidad de género debe buscar que tanto hombres como mujeres cuenten con una calidad de vida y que se minimicen las problemáticas de salud que pueden ser prevenibles y que se asocian con su papel social (18). Los Cuidados de Enfermería se ven influidos por las construcciones de género presentes en la cultura. Tanto el género como la enfermería tienen diversas formas de concebirse y ejercitarse en una sociedad plural y con diversidad cultural (19).

Existen enfermedades y problemáticas de salud que están directamente asociadas al género femenino, dentro de las cuales se encuentran, entre otras, el cáncer de seno y el de cérvix (20). Se trata de problemáticas de salud prevenibles y tratables si se detectan a tiempo lo cual se asocia con entornos donde la salud de la mujer ocupa el lugar que le corresponde y donde la mujer asume con autonomía las riendas de su vida.

A menudo las mujeres suelen no reconocerse como posibles víctimas de enfermedad y dejan su salud en un segundo lugar, lo cual las pone en desventaja. Además, las limitaciones para el acceso a los servicios de salud y las dificultades económicas de la familia, que limitan la movilización hacia centros de atención, son aspectos relacionados con esta realidad. La presentación del cáncer en mujeres que son madres genera alto impacto sobre la vida familiar, según Gómez (21).

Olivares Crespo afirma que para la mayoría de las personas hablar de cáncer significa graves enfermedades, así como tratamientos invasivos, o incluso la muerte. El diagnóstico de cáncer puede ser considerado en general como un evento vital estresante que afectará no sólo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo. Como todo suceso estresante, el cáncer no produce el mismo impacto en todos los

individuos, si bien el proceso más común consiste en que, si se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza, se generará una reacción emocional de ansiedad, que tenderá a ser más intensa en la medida en que el individuo perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén (15).

Señalan Secoli & cols, equipo de enfermeras provenientes del Brasil y del Perú, que la enfermedad del cáncer no es homogénea y afecta a las personas en su diversidad determinada por la edad, el sexo, el momento de la vida en que ésta acontece, el soporte emocional que posee, entre otros aspectos, lo cual dificulta englobar en un concepto el universo de acontecimientos físicos y mentales que representa. Existe unanimidad en la afirmación de que los aspectos psicosociales son importantes en las prácticas profesionales de la salud. Siendo así, todo abordaje del individuo con cáncer debe basarse en una anamnesis que enfoque, del modo más completo posible, los aspectos biológicos y psicosociales, lo cual permitirá identificar pacientes que se muestren más vulnerables y con mayor riesgo frente a la nueva condición de vida (22).

La pertinencia del trabajo de enfermería dentro del contexto del cáncer de la mujer es innegable, tanto a nivel hospitalario como extra-hospitalario. Los cuidados a nivel psicosocial constituyen un ámbito de particular importancia en el contexto del cáncer en las mujeres por cuanto es bien conocida la relevancia que posee dentro de este entorno el que las mujeres cuenten con herramientas para luchar y para enfrentarse con la enfermedad a la vez que el equilibrio a nivel emocional y afectivo hace parte fundamental de la calidad de vida de estas pacientes.

Según Huber et ál., es importante que las pacientes con cáncer de mama identifiquen los problemas que deberán afrontar dentro de las acciones de cuidado a ser desarrolladas por la enfermería oncológica. Existen patrones consistentes de la mujer respecto a la mastectomía: amenaza de una enfermedad fatal, impacto de la pérdida de la mama en la imagen corporal y apariencia, disminución de la sensación de feminidad, decremento del atractivo y función sexual, miedo a la recurrencia y sentimiento de culpa. Para cada mujer la experiencia de un cáncer ginecológico es única, ya que depende de sus características individuales y de los factores situacionales que la rodean y que dan a la enfermedad un matiz especial para cada paciente (23).

Silva & cols realizaron un estudio descriptivo y exploratorio con 10 mujeres que se encontraban en el período preoperatorio de mastectomía internadas en un hospital de Fortaleza-CE. Fue decisiva la importancia del cuidado del equipo interdisciplinario, sobre todo el de enfermería, para las mujeres. Los cuidados preoperatorios, la forma como se realizan así como las orientaciones necesarias juegan un importante papel según la percepción de las mujeres participantes (24).

De otro lado, Tamura et ál. (2006) encontraron que la comprensión de parte de las enfermeras elucidó el dolor espiritual que experimentan las pacientes con cáncer y fortalece las oportunidades de estas profesionales para dar cuidado espiritual (25).

Estudios previos han utilizado, con éxito, intervenciones de enfermería de acuerdo con el análisis realizado por Cáceres Manrique et ál. Valdivieso et ál., citados por las anteriores autoras, demostraron en un estudio cuasi-experimental, que las intervenciones de enfermería mejoran la autoestima e imagen corporal en las mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama (26).

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIEN), según Cáceres Manrique y su equipo “tiene como objeto orientar a los profesionales del área para seleccionar las intervenciones que se considera favorecen la resolución del diagnóstico previamente establecido”. La Clasificación de los Resultados de Enfermería (CRE), consiste en el uso de indicadores de medición que “permiten el planteamiento de los objetivos terapéuticos y la evaluación de los resultados logrados con la aplicación de las intervenciones”. Uno de los diagnósticos de enfermería es el temor, definido como “la respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro”.

La mayoría de las y los pacientes sometidos a terapia oncológica sienten temor por los efectos adversos de la terapia y complicaciones de la enfermedad tales como dolor, desfiguramiento, aislamiento social, discapacidad e incluso, la muerte, que reconocen y evidencian como estímulos peligrosos. La CIEN sugiere intervenciones de enfermería orientadas a disminuir el temor en la persona a través del control del mismo.

A partir de lo expuesto por los diferentes autores(as) citados(as), podemos decir que existen varias dimensiones de calidad de vida que deben ser valoradas en el contexto del cáncer en la mujer, las cuales deben ser consideradas dentro de los procesos de Cuidado de Enfermería. Encontramos la dimensión psicológica, relacionada con la aceptación inicial del diagnóstico de cáncer, su tratamiento y los posibles efectos secundarios. En la dimensión social hallamos que el apoyo de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. La dimensión sexual puede verse seriamente afectada, de acuerdo con el caso y con el tratamiento utilizado, por lo cual debe ser tomada en cuenta de manera especial.

Es tarea del profesional de la salud y muy especialmente de aquel de enfermería, detectar alteraciones que muchas veces son consideradas secundarias al no pertenecer al ámbito físico. Una mirada biopsicosocial y de género frente a las necesidades de la mujer, permite intervenir de forma oportuna y ofrecer una atención integral y de calidad a estas usuarias, trabajando en conjunto y a nivel multidisciplinario.

La competencia cultural es un enfoque de la Enfermería que busca comprender las problemáticas de salud desde la perspectiva de los sujetos para ajustar los Cuidados de Enfermería a las necesidades de la comunidad (Lillo et ál.) (27). Es por esto que nuestro interés ha estado en conocer las circunstancias propias de un grupo de mujeres en tratamiento para el cáncer cuando éste se realiza lejos de su hogar, con el fin de contar con referentes para encaminar procesos de acompañamiento y de cuidado a nivel extra-hospitalario. Se ha tomado como eje central la perspectiva alrededor de su enfermedad de las mujeres, alojadas de manera conjunta en un albergue de apoyo y el abordaje de sus experiencias desde el momento en que fueron diagnosticadas.

METODOLOGÍA

Diseño

Se tuvo en cuenta un diseño de tipo cualitativo basado en entrevistas a profundidad, construidas teniendo en cuenta el marco teórico y conceptual y las categorías previamente establecidas a partir de ese recorrido, las cuales orientaron un análisis de las trayectorias vividas, teniendo en cuenta el enfrentamiento con la enfermedad, la experiencia con el tratamiento así como su estadía fuera de su hogar y sus necesidades de apoyo de enfermería dentro del contexto extra-hospitalario. Por último, se ha querido abordar sus proyectos de vida. El conocimiento de estos aspectos ayuda al profesional de enfermería a contar con elementos para fortalecer las acciones de cuidado destinadas a este grupo de mujeres y permite al albergue contar con retroalimentación importante sobre su quehacer y sobre las necesidades de las usuarias.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio mujeres mayores de 18 años acogidas por un albergue apoyado por voluntarias de la ciudad de Bogotá y tratadas por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), de estratos 1 y 2, pertenecientes al régimen subsidiado, que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio y en firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio mujeres que no fueran acogidas por el albergue, que no fueran tratadas por el INC, que no cumplieran con las condiciones establecidas a nivel de edad, estrato y régimen de salud, que no tuvieran interés en participar en la investigación y aquellas cuyas condiciones de salud no les permitieran colaborar con el estudio.

Participantes

En el estudio participaron 13 mujeres que viven con cáncer, con edades entre los 33 y los 70 años; de estratos 1 y 2, pertenecientes al régimen subsidiado, provenientes de diferentes lugares del país, y que son acogidas por un albergue con el fin de recibir su tratamiento en el Instituto Nacional de Cancerología.

Análisis de resultados

Las entrevistas se grabaron y analizaron, partiendo de la codificación de las narraciones obtenidas, mediante el uso del software Atlas Ti 5.

Consideraciones éticas de la investigación

Según lo contemplado en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, este estudio se considera una investigación de bajo riesgo. A pesar de ser cualitativa y no realizar intervenciones de tipo experimental sobre los sujetos, se tratan, mediante entrevistas, aspectos sensibles de la persona, lo cual se tuvo en cuenta a lo largo del proceso como una prioridad. Se les solicitó a las participantes firmar un consentimiento informado en que se les otorgó información completa sobre el estudio y sus beneficios, sobre los temas a tratar y sobre sus derechos dentro del contexto de la investigación. Los nombres de las participantes han sido cambiados en el artículo para preservar la privacidad de las

participantes. Las mujeres eligieron por sí mismas el nombre ficticio con el cual deseaban ser nombradas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como se ha mencionado, se realizaron entrevistas a profundidad a un grupo de 13 mujeres que viven con cáncer que estuvieron dispuestas a colaborar con el estudio. En el siguiente cuadro se observan datos que nos permiten realizar una caracterización general del grupo entrevistado:

Cuadro No 1. Caracterización de los participantes

Nombre ficticio	Edad	Diagnóstico	Procedencia
LAURA	33 años	Ca de seno	Maní (Casanare)
MARISOL	44 años	Ca ovario izq.	Codazzi (Cesar)
NELLY	45 años	Adenocarcinoma de ovario	Codazzi (Cesar)
EDITH	45 años	Fibrosarcoma de brazo	Armenia (Quindío)
VIVIANA	46 años	Ca de seno	Sogamoso (Boyacá)
SILVIA	50 años	Ca de seno	Duranía (Santander)
MARIANA	52 años	Ca de páncreas	Ibagué (Tolima)
TITA	53 años	Ca de piel	Codazzi (Cesar)
ALEJANDRA	56 años	Ca de tiroides	San Luis (Boyacá)
JULIA	62 años	C.C.U.	Valledupar (Cesar)
ROSA	64 años	Ca de seno	Sogamoso (Boyacá)
SARA	64 años	Ca de seno	Armenia (Quindío)
CARMEN	70 años	Ca de colon	Duitama (Boyacá)

Con respecto a la situación social y familiar el cuadro que se presenta a continuación permite observar las condiciones de las mujeres entrevistadas:

Cuadro No 2. Situación social y familiar de las participantes

Nombre ficticio	Escolaridad	Trabajo remunerado	Pareja	Nº de hijos
LAURA	Secundaria incompleta	Comerciante	Si	2
MARISOL	Secundaria incompleta	Funcionaria Pública	Si	2
NELLY	Secundaria incompleta	Ninguno	Si	3
EDITH	Secundaria incompleta	Confeccionista	Si	1
VIVIANA	Elemental completa	Servicios domésticos	Si	1
SILVIA	Secundaria completa	Ventas ambulantes	Si	2
MARIANA	Superior completa	Funcionaria Pública	Si	2
TITA	Ninguna	Ninguno	No	0
ALEJANDRA	Elemental incompleta	Modistería	No	0
JULIA	Primaria incompleta	Modistería	Si	1
ROSA	Primaria	Comerciante	No	0
SARA	Primaria incompleta	Empleada	Si	4
CARMEN	Elemental incompleta	Empleada	Si	6

Revisando los datos anteriores, se establece que los niveles educativos de la mitad del grupo sólo alcanzan la educación primaria. Nótese que una de las mujeres no posee

educación formal. Igualmente sólo una ha podido acceder a la educación superior. Se observa también que 10 de las mujeres entrevistadas tienen hijos, mientras 3 no han tenido hijos. De otra parte, 10 de ellas conviven en pareja mientras quienes no viven en pareja son las tres que no son madres.

La gran mayoría de las participantes reportan llevar a cabo trabajo remunerado, 4 de ellas son empleadas, 3 cuentan con sus negocios propios y las restantes realizan trabajos de tipo independiente o labores ubicadas en la economía no formal como modistería, tejidos y ventas ambulantes. Dos no cuentan con trabajo remunerado.

Más de la tercera parte de las entrevistadas (5) presentan cáncer de mama siendo este el diagnóstico más prevalente. Las edades de las mujeres que hacen parte de este grupo están sobre todo entre los 46 y 64 años. En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada por Profamilia, se establece que 1 de cada 10 mujeres presenta algún tipo de cáncer de mama, la mayoría entre los 40 y los 69 años. Las edades de las mujeres con cáncer de mama participantes en este estudio coinciden en buena parte con lo reportado por Profamilia (5).

Como se puede observar, 8 de los 13 casos son de mujeres que viven con cáncer ginecológico. Este tipo de patologías, a pesar de que suelen llegar a la vida de las mujeres sobre todo en su madurez, según lo afirma Olivares, afectan de manera muy particular sus vidas (15). Tienen un fuerte impacto sobre su salud sexual y reproductiva tal cual lo señalan Huber et ál. (23).

Estudios como el realizado por Mate Romero se refieren a las repercusiones que tiene la mastectomía que sobre la identidad y la autoestima (14). No obstante lo anterior, a pesar de que 5 de las mujeres tienen cáncer de mama, habiendo sido mastectomizadas todas ellas sin que ninguna haya experimentado la reconstrucción del seno hasta el momento de la entrevista, aspectos como la sexualidad y la apariencia física no fueron destacados por las mujeres de este grupo en sus narraciones al respecto del impacto de la enfermedad en sus vidas. Es posible que sus edades (cuatro de las cinco cuentan con 46 años o más), sus condiciones socioeconómicas y sus prioridades, que están más orientadas a sobrevivir dentro de un contexto de carencias económicas y dificultades, hagan que estos aspectos pasen a un segundo lugar, lo cual nos lleva a plantear la importancia de que futuros estudios profundicen en este aspecto. Es pertinente también recordar acá el concepto de calidad de vida desarrollado por la OMS entidad que la define como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (28).

En uno de los casos, concretamente en el de una mujer de 33 años con cáncer de seno, su pareja se vio visiblemente afectada por su enfermedad pero no se evidencia en su relato que esto se relacione con aspectos relativos a la vida sexual o al efecto del cáncer sobre los aspectos estéticos del cuerpo femenino. Veamos este relato de Laura de 33 años a quien se le realizó una mastectomía radical de uno de sus senos:

Mi esposo me apoyó demasiado pero a los 15 días reaccionó y la verdad lloraba mucho, hasta se desmayó, pero la verdad él ha sido un gran apoyo para mí durante este proceso.

Otros tipos de cáncer que se presentan entre las participantes son: cáncer de piel, cáncer de tiroides, fibrosarcoma en brazo, cáncer de colon y cáncer de páncreas. Como se puede observar dos de las mujeres presentan cáncer a nivel del sistema digestivo.

El enfrentamiento con el cáncer

No en todos los casos las mujeres fueron diagnosticadas a tiempo. Las barreras económicas y culturales en el acceso a la salud y las falencias del sistema en lo relacionado con la detección temprana de enfermedades como el cáncer son aspectos que se relacionan estrechamente con la mortalidad de la mujer en Colombia, tal cual lo afirman autores y autoras como Gómez (21). Algunos de los relatos de las mujeres entrevistadas hablan de un recorrido previo a la detección del cáncer que muestra que antes de contar con su diagnóstico las mujeres fueron sometidas a múltiples procesos pudiendo decirse que en 4 casos se trató de un dictamen médico tardío. Esto expresó Viviana de 46 años quien tiene diagnóstico de cáncer de seno:

El ginecólogo que trabajaba en una clínica aquí en Bogotá no me había realizado antes exámenes. Tuve traslado de ARS por lo cual no recibí atención médica aproximadamente durante un año. No sabía consecuencias ni nada relacionado con mi enfermedad.

Buena parte de las entrevistadas se enteraron de su diagnóstico a través del médico tratante. Sin embargo, en el caso de Silvia, de 50 años, las cosas se presentaron de forma inoportuna. Esto fue narrado por ella:

A los 20 días llama la patóloga a hacer preguntas diciendo que era por rutina sin decir ningún diagnóstico. (...) llamé a la secretaria y le dije que me leyera los resultados y ella leyó: 'Cáncer ductual infiltrante' acudí entonces a mi esposo: "salió el resultado y salió malo".

Como Silvia, varias de las participantes acudieron a su pareja una vez conocieron su diagnóstico; otras buscaron apoyo en miembros de su familia como a sus progenitores, hermanos, suegros e hijos. Quienes no cuentan con apoyo familiar acudieron entonces a personas amigas, como en el caso de Alejandra, de 56 años, quien comentó lo siguiente:

Me realizaron una cirugía donde me quitaron la tiroides y el tumor; en el reporte de patología me diagnosticaron cáncer, la primera persona a la que acudí fue a una amiga quien me apoyó.

A pesar de la multiplicidad de experiencias, las entrevistas realizadas dan a conocer algunas reacciones recurrentes entre las mujeres al conocer su realidad de salud. La desesperación se apoderó de la mayoría de ellas en el primer momento luego de enterarse del dictamen de cáncer. Varios estudios refieren que el cáncer significa muerte dentro del imaginario cultural a pesar de que cada vez más se posiciona como una enfermedad crónica tratable (15). Buena parte de las mujeres comentan que de inmediato supusieron que se iban a morir. Esto recuerda Viviana, de 46 años acerca de su primer impacto al conocer sobre su enfermedad, con la cual vive hace 5 años.

Uno siente que se le viene el mundo encima, relacionaba la palabra cáncer con muerte y me sentía agotada y cansada.

Cuando tenía 59 años, Rosa hoy de 64 años, fue diagnosticada con cáncer de mama. Esto relata al recordar el momento en que conoció su diagnóstico:

Le reproché a Dios por lo que me estaba pasando. Tuve una reacción de miedo “me quiero morir”, pero decidí hacerme el tratamiento.

La preocupación por dejar a su familia abandonada sobrevino en la mayoría de los casos. Silvia, de 50 años, recuerda su primera reacción:

Mi esposo, callado; pensé en nuestros hijos: “los voy a dejar solos” entonces me dije a mi misma: “voy a luchar”.

A pesar de una primera reacción de desesperanza en varios casos surgió un proceso posterior de toma de conciencia y afrontamiento en las mujeres que las llevó a iniciar su tratamiento, como sucedió con Mariana, de 52 años, quien fue diagnosticada hace dos años:

En ese momento pensé que me iba a morir, que no había otra oportunidad, lloré demasiado y cuando reaccioné y tomé conciencia empecé a tomar determinación sobre mi vida por mis hijos y entonces decidí hacerme la cirugía de extracción del tumor.

Cáceres Manrique et ál., destacan el temor entre los aspectos a valorar por parte de enfermería con pacientes oncológicos. El desfiguramiento, aislamiento social, discapacidad, dolor e, incluso, la muerte son reconocidos y evidenciados como estímulos peligrosos por parte de estos pacientes, siendo la intervención de enfermería un aspecto que puede colaborar en su minimización (26).

Experiencias durante el tratamiento

Durante su proceso de diagnóstico y tratamiento estas mujeres han tenido que asistir al Instituto Nacional de Cancerología. La mayoría de ellas manifiestan que su paso por este Instituto ha sido una experiencia satisfactoria en lo relacionado con el servicio el cual agradecen; reconocen además esta institución como una de sus principales redes de apoyo. Mariana refiere lo siguiente:

La experiencia ha sido buena, hay personas colaboradoras y algunos médicos son muy buenos.

La experiencia con el tratamiento en una primera etapa fue complicada para la gran mayoría de las mujeres quienes se refugiaron sobre todo en sus oraciones. El enfrentamiento de su realidad además de la vivencia de los diferentes procedimientos e intervenciones quirúrgicas lejos de su hogar ha significado desarraigo e incertidumbre para ellas. Viviana de 46 años manifiesta lo siguiente:

La experiencia ha sido dura, porque uno no se imagina la magnitud de la enfermedad. Asisto hace 3 años al Instituto.

Rosa, de 64 años, narra detalles de su proceso que ilustran la complejidad de su situación de salud:

Hace 5 años me encontraron una masa en la axila y en el seno: en diciembre me invadió el húmero. Me han hecho dos cirugías, doce quimioterapias, un legrado y una biopsia.

Esto relata Edith sobre los efectos de la quimioterapia:

Desde el 10 de diciembre del 2007 inicié quimio; me dan nauseas, dolor de cabeza y vomito, tomo plasil y unas gotas, no sé cuánto vaya a durar.

La posibilidad de minimizar estos efectos mediante el auto cuidado es un aspecto que compete especialmente a la educación de enfermería. La alimentación hace parte importante de aquello que se debe contemplar en las personas que son tratadas con quimioterapia al igual que otros cuidados preventivos y la posible utilización de técnicas de relajamiento a nivel pre y post, según la clasificación de intervenciones de Enfermería de McCloskey Dochterman (29).

El Albergue como red de apoyo

Tita, quien tiene hoy 53 años, describe de esta forma su largo proceso con el cáncer:

A los 14 años me sacaron la matriz y los ovarios porque tenía unas masas grandes y era la única forma de curarme (...) lamentablemente mi mamá y mi hermana se murieron y yo me quedé sola; por el mismo tiempo me diagnosticaron cáncer de piel pero del lento y en esas voy.

Como Tita, las mujeres participantes en este estudio se han hospedado en el Albergue cerca al Instituto Nacional de Cancerología para poder satisfacer sus necesidades básicas durante su estadía en Bogotá y al mismo tiempo recibir su tratamiento.

El albergue ha significado un gran apoyo para sobrellevar de una mejor manera su proceso al tener que trasladarse de sus lugares de origen a la capital para ser atendidas, de acuerdo con las exigencias de su enfermedad. Varias de ellas reciben ayuda de la Liga contra el Cáncer de sus departamentos la cual cubre sus costos.

Las mujeres manifiestan sentirse bien acogidas y valoran el hecho de que el albergue les ofrece vivienda y alimentación a un bajo precio, considerando especialmente que la mayoría de ellas permanecen por un periodo de tiempo prolongado en este lugar y que sus condiciones económicas son difíciles.

Su rutina diaria consiste por lo común en actividades relacionadas con su aseo personal y de su ropa, satisfacción de necesidades de alimentación y reposo, asistencia al Instituto Nacional de Cancerología para su tratamiento y actividades de ocio como el ver televisión. Sin embargo algunas deciden colaborar con aspectos como la cocina con el fin de ocupar su

tiempo y sentirse útiles mientras otras apoyan a sus compañeras que están en estado complicado y ayudan con el lavado de su ropa.

Nelly, con 45 años, conoce el Albergue hace varios años y manifiesta lo siguiente:

Voy a estar en este albergue de por vida mientras siga viniendo a mis controles y cuando vengo acá me gusta ayudar en la cocina, hacer aseo y hablar con mis compañeras, En cuanto al trato por parte de las mujeres que están aquí es bueno; aunque con algunas no son tan buenas las relaciones pero en general hay buen roce social y comunicación.

El Albergue les da la posibilidad de contar con la compañía de una mujer allegada quien debe pagar una pequeña suma de dinero; no obstante únicamente 3 de las entrevistas se hallaban acompañadas de una persona. El estar lejos de sus familias las afecta, tal cual lo manifiesta Marisol de 44 años:

El Albergue me ofrece estadía y alimentación, no pago nada aquí; la liga de mi ciudad me cubre mis gastos. Me gustaría no tener que alejarme de mis hijos.

Cómo puede apoyar enfermería

Se les preguntó a las mujeres participantes en el estudio, con el fin de conocer sus necesidades y expectativas, si en sus manos estuviese la posibilidad de crear un albergue qué aspectos primordiales tendrían en cuenta, observándose que las entrevistadas mencionan de manera recurrente la necesidad de contar con atención en salud y en especial con apoyo de enfermería. Esto expresó Laura, de 33 años:

Yo tendría en cuenta a las personas que tienen cáncer, haría talleres, dejaría [con ellas] a los acompañantes que podrían ser cualquier familiar, atención, cuidados y amor, también que haya un médico y una enfermera (...) Que los ambientes sean más humanos.

Viviana, de 46 años, manifiesta lo siguiente:

En el Albergue haría falta una enfermera para hacer el control y manejo de las pacientes, para poder brindar una atención integral.

Para Rosa, de 64 años, igualmente, sería importante contar con servicio de enfermería:

Me gustaría que permaneciera una jefe [de enfermería] por si se ofrece alguna cosa. La verdad pienso que la enfermera nos puede colaborar cuando nos sentimos mal y además nos puede acompañar en nuestra enfermedad.

Esta es la visión de Mariana, de 52 años:

Tendría en cuenta la parte afectiva en la comunicación entre las pacientes y familiares y la parte humana para no asociar el cáncer con la muerte.

Edith, de 45 años, tendría en cuenta lo siguiente:

Que no cobren muy caro y que aparte de lo físico también nos ayuden con lo mental.

Los aspectos emocionales y psicosociales y la atención integral, como podemos observar, ocupan un lugar importante dentro de aquellos enunciados por las participantes entre sus principales necesidades. La comunicación entre las mujeres y sus familias hace parte igualmente de aquello que destacan.

Con la intención de conocer de qué forma la enfermería puede enfocar procesos de cuidado y acompañamiento con mujeres con cáncer en circunstancias como éstas y a nivel extra-hospitalario, se les pidió a las entrevistadas hacer recomendaciones al respecto. El que se realicen actividades de taller orientadas al autocuidado; las actividades educativas que les ayuden a tener mayor comprensión de su enfermedad, las actividades que aporten distensión y los cuidados que minimicen los efectos de los tratamientos y los malestares propios de la enfermedad, son los aspectos más destacados entre aquellos en que las participantes consideran que podría apoyarlas enfermería.

Estas son algunas de las expresiones de las entrevistadas:

Que hicieran un taller de cáncer, sobre auto cuidado; las enfermeras deben brindar más educación acerca de los cuidados y realizar actividades de entretenimiento (Laura).

Brindar conocimiento a las personas que tienen cáncer, conocimientos sobre la enfermedad porque uno no sabe por qué se da; son muchas las preguntas que uno se hace (Marisol).

Para mí sería muy importante tener en cuenta la parte emocional y psicológica y pienso que la enfermera es de gran ayuda (Silvia).

Lo anterior nos remite a reconocer la importancia de la educación impartida por enfermería con el fin de fortalecer los aspectos psicosociales para el afrontamiento en pacientes con cáncer.

Zaider, Triviño & Sanhuesa consideran que la esencia del afrontamiento basado en la solución de problemas tiene en cuenta la espiritualidad con el fin de fortalecer las esperanzas del paciente así como “es relevante impartir conocimientos acerca de la enfermedad, las terapias utilizadas y los signos y síntomas, con información clara y veraz”. Señalan además que el profesional de enfermería debe orientar actividades de cuidado con el paciente oncológico buscando disminuir el estrés, la tensión y el temor, lo cual mejora la condición inmunológica o las defensas del paciente, actuando positivamente en su calidad de vida (30).

De otra parte, la educación para el autocuidado hace parte vital de la acción de enfermería con mujeres con cáncer según Huber et ál. (23). El modelo de auto cuidado propuesto por Dorotea Orem se basa entre otras en reforzar aquellas actividades que las personas pueden llevar a cabo por sí mismas para ayudarse en sus procesos de recuperación. Esta puede ser fortalecida mediante la educación al paciente, siempre que sus condiciones lo permitan (31).

Secoli et ál., afirman que “todo abordaje del individuo con cáncer debe basarse en una anamnesis que enfoque, del modo más completo posible, los aspectos biológicos y psicosociales”. El enfermero(a), según los autores, “debe pensar en el cuidado de enfermería y la educación para el manejo diario del Cáncer”. La atención integral se constituye en una necesidad dentro del cuidado de enfermería y los aspectos educativos son una herramienta indispensable del cuidado con enfoque biopsicosocial y espiritual (22).

Una alternativa que se visualiza con el fin de fortalecer las redes sociales de las mujeres de este grupo, atendiendo a sus condiciones de lejanía con respecto a sus familias es la de la constitución de grupos de apoyo entre ellas mismas. Con el objetivo de revisar y evaluar sistemáticamente las diferentes intervenciones de enfermería en grupos de apoyo al paciente oncológico, Zabalegui et ál. realizaron un meta-análisis. Las autoras señalan en sus conclusiones que “la participación en el grupo, compartiendo la experiencia del cáncer con el resto de los participantes tiene efectos positivos, ya que ayuda a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas y mejora su adaptación emocional” (32).

Proyectos de vida

Como planes para su futuro, buena parte de las mujeres desean continuar con sus actividades adelante o iniciar proyectos. Veamos lo que manifiesta Laura:

Lo que quiero es volver a poner un negocio, hacer un curso de cerámica, seguir adelante y ante todo vivir feliz con mi familia.

Para Nelly también el bienestar de su familia es una prioridad:

A futuro espero tener una vejez tranquila en armonía con mi familia y además sacar a mis hijas adelante y lograr estar para el grado de cada una de ellas cuando sean profesionales.

Regresar a su vida familiar y laboral y recuperar la tranquilidad y la armonía que se han visto afectadas es lo que las mujeres esperan, una vez superen su etapa de tratamiento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El recorrido realizado en torno a estos trece casos lleva a algunas reflexiones sobre las realidades de las mujeres con cáncer y a algunas recomendaciones acerca del trabajo con mujeres con esta problemática, desde la enfermería.

El cáncer de tipo ginecológico ocupa un lugar destacado dentro de las patologías que son propias de las mujeres del grupo estudiado. Sin embargo, el efecto del mismo sobre la sexualidad y sobre la auto imagen física no se evidenció en los relatos siendo más destacadas las necesidades en lo relativo a la dimensión económica y social, lo cual sería importante profundizar en futuros estudios que tengan en consideración aspectos como el nivel educativo, los ingresos y la edad en el significado del cáncer en las vidas de las mujeres.

Uno de los aspectos más complejos entre aquellos que fueron relatados por quienes participaron en este estudio se relaciona con los procesos que cerca de la cuarta parte de ellas tuvieron que vivenciar antes de recibir su dictamen definitivo así como con la forma como algunas fueron informadas sobre su diagnóstico, la mayoría de las veces en sus lugares de origen.

La idea de la cercanía de la muerte y la preocupación por sus familias fue lo primero que tuvieron que afrontar las mujeres entrevistadas, lo cual es importante tener en cuenta en procesos de acompañamiento y de cuidado en grupos como éste.

El poder contar con el Instituto Nacional de Cancerología y con el albergue, así como con las Liga contra el Cáncer de sus departamentos, constituyen para algunas mujeres, sobre todo para quienes no cuentan con familia, sus únicas redes de apoyo.

En lo referente a las necesidades prioritarias durante su estadía y tratamiento en Bogotá, expresadas por buena parte de las entrevistadas, están las relacionadas con su estado emocional y con su deseo de distraerse y de sobrellevar sus tratamientos sintiéndose útiles y llevando a cabo actividades que las mantengan dinámicas. Con excepción de algunas de ellas, cuyo estado de salud les limita la actividad, buena parte busca ocupar su tiempo en actividades útiles. De igual forma las entrevistadas destacan la importancia de su vida familiar y mencionan la comunicación con sus allegados como una de sus necesidades primordiales durante su estadía en la capital.

Se observa que la gran mayoría de las mujeres del grupo abordado poseen trabajo remunerado, lo cual sin duda se ve afectado durante su estancia en Bogotá, aspecto que vale la pena tener en cuenta sobre todo con respecto a quienes pasan tiempo considerable en la capital. El manejo constructivo y creativo del tiempo se puede considerar como parte de lo fundamental para este grupo de mujeres.

Varias entrevistadas manifiestan que el poder contar con personal de salud y en especial con una persona de enfermería que les brinde acompañamiento extra-hospitalario, hace parte de aquello que mejoraría su calidad de vida. Los aspectos psicosociales y emocionales se constituyen en prioridades de cuidado de enfermería con este grupo humano, el cual considera además importante poder fortalecer sus habilidades de autocuidado y el contar con orientación acerca de cómo minimizar los malestares que conlleva su enfermedad y cómo enfrentar sus temores. Una mayor comprensión de su enfermedad es un aspecto que destacan las entrevistadas quienes incluirían actividades educativas dentro de los procesos de acompañamiento de enfermería.

Enfocar procesos educativos para la mayor comprensión del cáncer por parte de las mujeres que constituyen este grupo, además de orientarlas para que conozcan estrategias de auto cuidado que les ayuden a minimizar sus síntomas y los efectos de sus tratamientos, atendiendo de manera especial a la alimentación y a procesos de relajamiento, y también aportar al fortalecimiento de sus aspectos emocionales y espirituales para un mayor afrontamiento y calidad de vida, serían los aspectos prioritarios en lo relativo al cuidado de enfermería que podrían ser implementados en este contexto.

Atendiendo a la importancia de interactuar armónicamente, las actividades que fomenten la convivencia y que integren a unas mujeres con otras al igual que la conformación de redes de auto-ayuda entre ellas podrían ser benéficas para minimizar algunas situaciones que dadas las circunstancias es frecuente que se presenten. Grupos de apoyo son potenciales de cuidado especialmente valiosos en entornos como el de los albergues para mujeres con cáncer y actividades formativas. Dentro de este contexto ayudan a fortalecer capacidades además de que otorgan sentido y fomentan la esperanza y el optimismo. Estudios como el de Zabalegui et ál., muestran la pertinencia de estos grupos en lo relativo al afrontamiento de la enfermedad y fortalecimiento a nivel psicosocial (32).

RECOMENDACIONES

Por todo lo anterior, se realizan las siguientes recomendaciones a ser tenidas en cuenta al enfocar procesos de cuidado de enfermería:

Seguir trabajando de manera decidida para destacar la importancia de la detección temprana del cáncer en la mujer dentro del sistema de salud, orientando esfuerzos para disminuir las barreras de acceso, especialmente en lo relativo al cáncer de tipo ginecológico.

Insistir en la necesidad de humanizar los servicios y de realizar procesos de consejería para minimizar el impacto que implica para las mujeres conocer sus diagnósticos de cáncer.

Atender a aspectos como la vida familiar y las preocupaciones relativas a la misma que surgen en las mujeres que se enfrentan con un cáncer, en especial cuando deben dejar sus hogares para su tratamiento.

Aprovechar la importancia que tiene para las mujeres de este grupo el sentirse útiles, ocupadas y activas para encaminar procesos de desarrollo humano destinados a fortalecer su calidad de vida.

Desarrollar actividades educativas destinadas a atender a la necesidad de las mujeres de conocer más acerca de su enfermedad y de conocer acciones de auto cuidado que minimicen síntomas y efectos secundarios causados por la quimioterapia, con énfasis en aspectos como la alimentación y el auto control.

Reconocer como prioritarios los aspectos psicosociales que ayuden a las mujeres a superar sus temores y a fortalecerse espiritualmente para el enfrentamiento del cáncer lo cual mejora sus perspectivas de sobrevivencia y de superación de la enfermedad.

Considerar la posibilidad de trabajar en torno a la generación de grupos de apoyo en los cuales las mujeres participen de manera organizada y armónica por el bienestar conjunto y reconozcan sus potenciales para cuidar de sí mismas y de sus compañeras dentro de una dinámica de solidaridad, de convivencia y de fortalecimiento del sentido de vida.

Reconocer el esparcimiento y las actividades de relajamiento como opciones de importancia para minimizar los síntomas y el estrés causados por la situación de salud de las mujeres de este grupo humano.

Continuar profundizando en el significado del cáncer en las vidas de las mujeres de escasos recursos económicos y en las mujeres en edad madura, contrastando los hallazgos con la literatura científica en particular con aquellos relativos al impacto y el afrontamiento del cáncer ginecológico.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Pilar Fernández de la Liga Colombiana contra el Cáncer por su apoyo y orientación para la realización de este estudio. Al albergue, a sus voluntarias y personal por

permitirnos realizar este trabajo y por su colaboración en la realización del mismo. A las mujeres participantes que aportaron sus experiencias y nos permitieron ingresar en sus vidas para que pudiésemos descubrir, no sólo sus recorridos y necesidades sino, sobre todo, sus potencialidades y sus fortalezas.

REFERENCIAS

1. Liga Colombiana contra el Cáncer. Definición de cáncer. Acceso el 20 de mayo de 2007 desde: http://www.ligacancercolombia.org/notas_interes.htm.
2. Universidad del Rosario. Cáncer en Colombia. 2003; 12.
3. Instituto Nacional de Cancerología. Estadísticas sobre cáncer, 2005.
4. Secretaría Distrital de Salud. Mano al Pecho, porque el primer paso para detectar en cáncer de seno esta en tus manos. Acceso el 13 de abril de 2009 desde: www.bogota.gov.co/portel/libreria/doc/Pecho.doc
5. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS. Profamilia; 2005: 383–409.
6. Montes L., Mullins M &, Urrutia S. La calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. Departamento Salud de la Mujer. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2006.
7. Castro–Jiménez M, Vera–Cala L &. Posso–Valencia H. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006.
8. Cortés Yepes H. Papilomavirus y cáncer de cérvix. Rev. Colomb Obstet Ginecol. [Online]. 2003 abr./jun.; 54 (2) [citado 29 Octubre 2007], p.107–12. Acceso el 20 de mayo de 2008 desde: <http://www.scielo.org.co/scielo>.
9. Robles SC & Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. Rev Panam Salud Pública. 2002; 11 (3): 178–85.
10. Olaya–Contreras P, Pierre B, Lazcano–Ponce E, Villamil–Rodríguez J & Posso–Valencia H.J. Factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer mamario, en mujeres colombianas. Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Cuernavaca, Morelos–México. Instituto Nacional de Cancerología de Colombia; 1999.
11. Tryggvadottir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvinnson T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. Am J Epidemiol. 2001 Jul 1; 154 (1): 37–42.
12. Lee SY, Kim M T, Kim S W, Song M S, Yoon S J. Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean women's cohort study. Int J Cancer. 2003 Jun 20; 105 (3): 390–3.
13. Del Val Gil JM, López MF, Rebollo FJ, Utrillas A C & Minguillón A. Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. Cir Esp; 2001; 69: 56–64
14. Mate Romero R. La cirugía reconstructiva disminuye los trastornos psicológicos asociados a la mastectomía. Ponencias al II Congreso Nacional de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica Sociedad Española de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica, Málaga 10–12 de mayo de 2006. Acceso el 16 de marzo de 2009 desde: <http://www.orzancongres.com/seeqcp/ponencias/005%20%20Rosario%20Mate%20Romero.doc>
15. Olivares Crespo ME. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Avances en Psicología Latinoamericana. Universidad Complutense de Madrid, España. 2004; 22: 29–48.

16. UNFPA. Política Nacional Salud Sexual y Reproductiva, 2003. Acceso el 18 de marzo de 2007 desde: <http://colombia.unfpa.org/ssr.htm>
17. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Equidad de género en salud; 2000. Acceso el de 10 de octubre de 2007 desde: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderEquityinHealthsp.pdf>
18. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Género, Salud y Desarrollo en Las Américas, 2003.
19. Germán Bes C. Género y Enfermería. *Index Enferm.*, Granada. 2004; 13 (46). Acceso el 20 de septiembre de 2008 desde: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
20. Artilles L & Tajer D. Perspectiva de Género y salud. *Asociación Latinoamericana de Medicina Social*; 2005. Acceso el 10 de abril de 2008 desde: <http://www.journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial>
21. Gómez Dávila J. La mortalidad materna una tragedia evitable. Universidad de Antioquia; 2006. Acceso el 26 de septiembre de 2007 desde: <http://medicina.udea.edu.co/nacer/PDF/1%20La%20mortalidad%20materna,%20una%20tragedia%20evitable.pdf>.
22. Secoli S, Pezo Silva C, Alves Rolim M & Machado A L. El cuidado de la persona con cáncer: Un abordaje psicosocial; *Index Enferm. Granada*. 2005; 14 (51). Acceso el 15 de septiembre de 2008 desde: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUMEN&revista_busqueda=3197&clave_busqueda=14.
23. Huber et ál. Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2006; 33 (6): 1163–7.
24. Silva de Oliveira M, Carvalho F, Mesquita E & Falcao IC. Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer. *Rev Cubana Enfermer*. 2005; 21 (2).
25. Tamura et ál. Caring for the spiritual pain of patients with advance cancer: A phenomenological approach to the lived experience. *Rev Palliative & Supportive Care Cambridge University Press*. 2006 enero: 189–96.
26. Cáceres Manrique F, Bohórquez F, Puerto M & Hernández DS. Eficacia de las intervenciones de enfermería para disminuir el temor en personas que inician tratamiento para el cáncer. Un ensayo clínico controlado. *Memorias, Congreso Nacional de Cancerología*. Medellín. 2004.
27. Lillo M, Vizcaya F, Domínguez JM & Galao R. Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. 2006. Acceso el 22 de mayo de 2007 desde: http://wwwscielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. OMS. Calidad de vida. En: *Programas nacionales de lucha contra el cáncer. Directrices sobre política y gestión*. Ginebra; 2002, 84–6.
29. McCloskey Dochterman & Bulechek G. *Clasificación de intervenciones de Enfermería*. Madrid: Elsevier España; 2005.
30. Zaidier G, Triviño V & Sanhueza A. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Revista Aquichan*. 2005 abril; (5): 20–31.
31. Orem D E. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson –Salvat Enfermería; 1993.
32. Zabalegui A, Sánchez S, Sánchez P & Juando C. Grupos de apoyo al paciente oncológico: Revisión sistemática. *Enfermería clínica*. 2005; 15 (1): 25–32. Acceso el 20 de mayo de 2007 desde: <http://www.uic.es/progs/obj.uic?id=4753f7695384e>