



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Título:

**EFFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES
POSTMASTECTOMIA DE CÁNCER DE MAMA EN
MUJERES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN
EL HOSPITAL DE SOLCA-LOJA.**

Tesis Previa a la obtención del grado de Médico General

AUTORA: Adriana Lourdes Cango Apolo

DIRECTOR: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2016

CERTIFICACIÓN

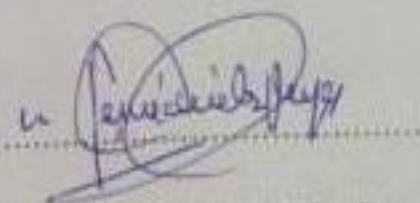
Loja, 27 de Septiembre de 2016

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber revisado la Tesis de Grado "EFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES POSTMASTECTOMIA DE CANCER DE MAMA EN MUJERES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL DE SOLCA-LOJA", presentada por la Señorita Egresada Adriana Lourdes Cango Apolo, la que cumple con todos los requisitos legales. Por tanto, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.



Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

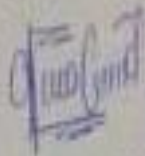
AUTORÍA

Yo, Adriana Lourdes Cango Apolo, declaro ser la autora de la presente Tesis de Grado "EFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES POSTMASTECTOMIA DE CANCER DE MAMA EN MUJERES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL DE SOLCA-LOJA" y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Adriana Lourdes Cango Apolo

Firma:



Cédula: 1105654766

Fecha: 27 de Septiembre de 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Adriana Lourdes Cango Apolo, declaro ser la autora de la Tesis titulada "EFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES POSTMASTECTOMIA DE CANCER DE MAMA EN MUJERES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL DE SOLCA-LOJA", como requisito para optar por el grado de Médico General de la Universidad Nacional de Loja.

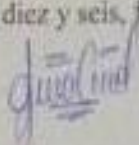
Además, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad d su contenido en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copias de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte y siete días del mes de septiembre de dos mil diez y seis, firma la autora.

Firma:



Autora: Adriana Lourdes Cango Apolo

Cédula: 1105654766

Dirección: Loja

Correo electrónico: adryana930906@gmail.com

Teléfono: 0994989282

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes Mg. Sc

DEDICATORIA

La vida es un camino lleno de obstáculos, mismos que debemos superar, pero esto no fuera posible sin la sublime bendición de Dios y el apoyo incondicional de mis padres, hermanos, familia y amigos, es por ello que la consecución del presente logro lo dedico de todo corazón a ellos por ser mi constante fuente de inspiración, soporte y vitalidad.

Adriana Lourdes Cango Apolo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por haberme bendecido y guiado a lo largo de mi carrera, y permitirme alcanzar una de las metas más importantes en mi vida.

A la Universidad Nacional de Loja y en especial a la carrera de Medicina Humana, por todas las experiencias y aprendizajes obtenidos, y por brindarme la oportunidad de llegar a ser profesional.

A mi Director de Tesis Dr. Germán Vélez Reyes, por su dedicación y conocimientos, para llevar a cabo con éxito este trabajo de investigación.

Finalmente agradezco a toda mi familia quienes con su apoyo y consejos me impulsaron a salir adelante.

A todos ¡Muchas Gracias!

Adriana Lourdes Cango Apolo

INDICE

Certificación	II
Autoría	III
Carta de Autorización	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice	VII
Titulo	1
Resumen	2
Summary	3
Introducción	4
Revisión de la Literatura	8
Antecedentes	8
Patología	9
Sistema de Estaficación	12
Tratamiento	12
Efectos postmastectomía	14
Efectos psicológicos	14
Efectos Sociales	16
Estudios Detallados	18
Metodología	19
Resultados	22
Discusión	41
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
Bibliografía	45
Anexos	47

a. TÍTULO

EFFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES POSTMASTECTOMIA DE CANCER DE
MAMA EN MUJERES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL
DE SOLCA-LOJA.

b. RESUMEN

El cáncer de mama se perfila como un problema de salud pública de primer orden que va en incremento, con importantes repercusiones tanto físicas como psicológicas, conociendo los altos índices de cáncer de mama y mastectomías en la ciudad de Loja, resulta importante identificar estas repercusiones en las pacientes, por tanto fue conveniente plantear el tema de investigación, “EFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES POSTMASTECTOMIA DE CANCER DE MAMA EN MUJERES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL DE SOLCA-LOJA.” cuyo objetivo general fue, conocer los efectos psicológicos y sociales que ocasiona la mastectomía como tratamiento de cáncer de mama en las mujeres atendidas por consulta externa del Hospital de SOLCA –Loja, con el propósito de ayudar al conocimiento de estos efectos y mejorar de alguna manera la calidad de vida de las pacientes. Para el cumplimiento de los objetivos se utilizó el método científico con sus variantes: inductivo y analítico, con una población de 90 personas, los resultados fueron que de todas las encuestadas la mayoría se encuentran en un rango de edad entre 41 y mas de 61 años, son amas de casa, están casadas y su residencia actual es en la ciudad de Loja, la mayoría de las entrevistadas no presentaron cambios en sus relaciones familiares o maritales, y las principales alteraciones psicológicas que presentan las mujeres mastectomizadas son la depresión, ansiedad y baja autoestima.

Palabras clave: Cáncer de mama, Mastectomía, efectos psicológicos, sociales.

SUMMARY

Breast cancer is emerging as a public health problem of the first order that is on the rise, with significant both physical effects and psychological, knowing the high rates of breast cancer and mastectomies cancer in the city of Loja, it is important to identify these impacts patients, so it was appropriate to raise the issue of research, "POST PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL EFFECTS MASTECTOMY BREAST CANCER IN WOMEN WHO HAVE RECEIVED OUTPATIENT HOSPITAL OF SOLCA-LOJA." Its general objective, meet the psychological and social effects caused mastectomy as a treatment for breast cancer in women treated for outpatient Hospital SOLCA -Loja, in order to help understanding of these effects and improve somehow the quality of life of patients. To fulfill the objectives of the scientific method and its variants are used: inductive and analytical, with a population of 90 people, the results were that of all respondents most are in an age range between 41 - over 61 are housewives, are married and your current residence is in the city of Loja, most of the respondents had no change in their family or marital relationships, and major psychological disorders presented the women with mastectomies are depression, anxiety and low self-esteem.

Keywords: Breast cancer, mastectomy, psychological, social

c. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama presenta diferentes características; es una enfermedad multifocal, multifactorial, polimorfa y heterogénea, se desarrolla y crece en un terreno individualizado, tiene expresiones biológicas concretas y fases bien definidas, por lo que reclama de un tratamiento selectivo. (Díaz, Revista Cubana, 2012)

La referencia de cáncer mamario data desde la época de 3.000 años AC, pero en la última mitad del siglo XX dicha enfermedad ha llegado a constituirse el cáncer más frecuente en las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. En 2012 murieron 521.000 mujeres por cáncer de mama a nivel mundial. (OMS, Artículo, 2010)

La incidencia del cáncer de mama aumentó un 20% entre 2008 y 2012, con 1,67 millones de nuevos casos diagnosticados en el año 2011, lo que lo convierte en el segundo tipo de cáncer más común en el mundo. La mortalidad de este tipo de cáncer se incrementó en esos cuatro años un 14%. (IARC, 2010)

La prevalencia y mortalidad del cáncer de mama irá en aumento en los próximos años, ya que según las previsiones de la OMS, para 2025 habrá hasta de 2,5 millones de nuevos casos y hasta 800.000 muertes. (OMS, 2011)

El cáncer de mama se perfila como un problema de salud pública de primer orden que va en incremento, con importantes repercusiones tanto físicas como a nivel psicológico. En Ecuador, este cáncer ocupa el primer lugar en frecuencia de todos los tumores malignos (INEC, 2011) con una frecuencia de alrededor de 3673 casos que representa 6.98% del total de egresos hospitalarios. (INEC, 2011). En la Provincia de Loja existen alrededor de 273 casos de cáncer de mama en el año 2011, representando el segundo lugar de tumores malignos después del Leiomioma del útero. (INEC, 2011)

En Ecuador, como en la mayoría de los países del Tercer Mundo, el mayor porcentaje de casos se diagnostica cuando el cáncer de mama está muy avanzado y las posibilidades terapéuticas de curación son muy limitadas. (SOLCA, 2012)

Los recursos terapéuticos han ido desde la cirugía, radiaciones, ionizaciones, quimioterapia

(hormonas y drogas antitumorales) (Díaz, Revista Cubana, 2012). A pesar de que la cirugía como opción de tratamiento ha disminuido, alrededor de un 30% de las mujeres con cáncer de mama continúan requiriendo una mastectomía (Fallbjörk U, 2013), la cual puede ser completa o parcial; la primera se basa en la extirpación de la mama con la piel que la recubre, los músculos pectorales y los ganglios linfáticos axilares, técnica diseñada por Halstedse, y el segundo es la extirpación de la mama, el pezón y el complejo areolar. (Berek, 2014).

Así pues, al revisar la literatura se encontraron criterios autorizados como el del profesor Jorge Psillakis, quien plantea que la pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos. Estos dependerán de su edad, sus hijos, su esposo, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, auto-desvaloración, etc.; (Argelia, 2013)

Existen patrones consistentes de la mujer respecto a la mastectomía como: amenaza de una enfermedad fatal, impacto de la pérdida de mama en la imagen corporal y apariencia, disminución de la sensación femenina, decremento del atractivo y función sexual, miedo a la recurrencia y sentimiento de culpa. (OncoVida, 2010)

Algunos estudios indican que entre un 10-56% de las mujeres estudiadas tras la mastectomía presentan algún grado de incapacidad de la función social, familiar y emocional. (Lara. 2010). Por lo general la familia reacciona con miedo, hostilidad, ansiedad y sentimientos de culpa. Todas estas reacciones usualmente se manifiestan bien sea por un proceso de separación y/o aislamiento en general o bien por una ocultación de la afectividad y por una alteración de las respuestas emocionales. (J.M. del Val Gil*, 2010)

A nivel social las pacientes sienten incapacidad para volver al trabajo, la pérdida de la seguridad en el empleo, una eventual pérdida del progreso en su carrera profesional son hechos especialmente dolorosos para el ego de las pacientes. (Martínez, 2014)

A pesar de todo lo anteriormente expuesto y conociendo los altos índices de cáncer de mama y mastectomías en la ciudad de Loja, aún no se ha logrado identificar las repercusiones psicológicas y sociales en estas pacientes, por tanto es conveniente hacer la siguiente

pregunta de investigación: “¿Cuáles son los efectos psicológicos y sociales que ocasiona la mastectomía como tratamiento de cáncer de mama en las mujeres atendidas por consulta externa en SOLCA – Loja?”.

La presente investigación es motivada por la necesidad de conocer los efectos psicológicos y sociales que puede originar la mastectomía en las mujeres atendidas en el Hospital de SOLCA-Loja, que es el segundo tratamiento de elección para la resolución del cáncer de mama.

Este hecho trae consigo un gran impacto social y psicológico, ya que este tratamiento puede ser experimentado como un serio impacto a la imagen corporal, causando daño a la autoestima de la mujer, constituyéndose en un evento altamente estresante para ellas, como lo afirma un reporte del Instituto Americano del Cáncer: " la perdida física, psicológica y social, que resulta del tratamiento del cáncer, es un determinante importante de la calidad de vida de las pacientes".

Tradicionalmente, las pacientes mastectomizadas por cáncer han sido estudiadas en términos de su supervivencia, pero aún no se ha mostrado interés en considerar los efectos psicológicos, y sociales que ocurren posteriores a la mastectomía, aspecto de gran importancia, si se considera que el trauma emocional que resulta del diagnóstico y tratamiento del cáncer puede ser potencialmente más dañino para el paciente, que el cáncer en sí mismo.

Al lograr la identificación de estos efectos, se obtendrá información que podría servir de base para la implementación de pautas institucionales o protocolos con el objetivo de mejorar la atención de las pacientes con cáncer de seno mastectomizadas y a la vez lograr que los profesionales de la salud y la familia de cada paciente, logren el perfeccionamiento de su cuidado.

La presente investigación tiene como objetivo general: Conocer los efectos psicológicos y sociales que ocasiona la mastectomía como tratamiento de cáncer de mama en las mujeres atendidas por consulta externa del Hospital de SOLCA –Loja. Y como objetivos específicos: Identificar las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, que son atendidas en consulta externa en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Loja.

Averiguar los efectos psicológicos en las mujeres postmastectomizadas por Cáncer de Mama.

Identificar los efectos sociales en las mujeres postmastectomizadas por Cáncer de Mama.

Los métodos de carácter científico que orientaron la investigación fueron: inductivo, deductivo, analítico y estadístico. Como técnicas se utilizaron la bibliográfica, la encuesta a 90 pacientes, con el empleo de instrumentos como la encuesta y la estadística, acogiendo las recomendaciones de la estadística descriptiva, y con el apoyo de programas estadísticos.

Formalmente la presente investigación consta de los siguientes apartados: título, resumen, introducción, revisión de literatura, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

d. REVISION DE LA LITERATURA

CANCER DE MAMA

ANTECEDENTES

El cáncer es definido como la transformación de las células normales en células malignas con una proliferación incontrolada, infiltración a tejidos circundantes y producción de metástasis regionales o a distancia; en ocasiones se relaciona con factores de riesgo nutricionales ambientales, genéticos y ocupacionales.(Perales, 2008)

El cáncer de seno es la enfermedad maligna más frecuente en mujeres y su principal causa de mortalidad está entre los 35 y 54 años de edad (Perales, 2008), es una entidad clínica que en el transcurso de las últimas décadas se ha convertido en un problema de salud pública, llegando a constituirse en la neoplasia más frecuente en mujeres.(Cevallos, 2006). El cáncer de mama es la neoplasia más diagnosticada entre las mujeres, y la segunda sólo después del cáncer del pulmón como causa de muerte relacionada con neoplasias en mujeres.(Bruce, Thomas, J. Lynch, & Dan, 2009).

El cáncer de mama se desarrolla a partir de la alteración genética celular de la unidad lobulillar-ductal secundario a múltiples mutaciones. Los genes más importantes y mejor establecidos, son el gen BRCA1 y el p53 del cromosoma 17 y el gen BRCA2 del cromosoma 13.(Cevallos, 2006). Los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer cáncer de seno están: la edad; la mayoría de los casos se diagnostican en mayores de 40 años, tener antecedentes familiares de primer grado de cáncer de seno, menarquía precoz y menopausia tardía, el no tener hijos es decir nuliparidad o tener el primer embarazo después de los treinta años, padecer de obesidad y consumir alcohol.(Perales, 2008)

La incidencia del cáncer de mama aumentó un 20% entre 2008 y 2012, con 1,67 millones de nuevos casos diagnosticados en el año 2011, lo que lo convierte en el segundo tipo de cáncer más común en el mundo. La mortalidad de este tipo de cáncer se incrementó en esos cuatro años un 14%. (IARC, 2010).

En Ecuador, este cáncer ocupa el primer lugar en frecuencia de todos los tumores malignos (INEC, 2011) con una frecuencia de alrededor de 3673 casos que representa 6.98% del total

de egresos hospitalarios. (INEC, 2011). En la Provincia de Loja existen alrededor de 273 casos de cáncer de mama en el año 2011, representando el segundo lugar de tumores malignos después del cáncer de útero. (INEC, 2011). La mortalidad del cáncer de mama en la provincia de Loja en el año 2012 fue de 9 casos y en todo el Ecuador 139 muertes. (“INEC 2012,” n.d.) (Anexo 1 Tabla N° 1)

PATOLOGIA

Clasificación histológica del cáncer de mama. (Cevallos, 2006), (Anexo 1, Tabla N° 2)

Características Patológicas

Estadio 0 - Carcinoma in situ:

Carcinoma ductal In Situ (CDIS).-Lesión precursora de carcinoma infiltrante que antes de la mastografía el diagnóstico era raro, y se trataban con mastectomía radical. (Cevallos, 2006). Es una afección no invasiva en la que se encuentran células anormales en el revestimiento de un conducto de la mama. Las células anómalas se diseminan fuera de este conducto hasta otros tejidos de la mama. En algunos casos, el CDIS se puede volver cáncer invasivo y diseminarse hasta otros tejidos.(Instituto Nacional de Cancer, 2015) (Anexo 1 GraficoN°1).

Carcinoma lobulillar in situ (CLIS).-raras veces esta afección se vuelve cáncer invasivo. Es una proliferación no invasiva de células epiteliales anormales en los lóbulos de la mama (Instituto Nacional de Cancer, 2015). Debido a que los lóbulos de la mama se atrofian después de la menopausia, este tipo es primariamente un hallazgo incidental premenopáusico, la mayoría no son palpables y mamográficamente silentes. Generalmente se puede confundir con carcinoma lobular in situ (Cevallos, 2006). (Anexo 1 Gráfico N° 2).

Carcinoma ductal infiltrante.-es el tipo más común de Ca de mama comprometiendo más del 50% de los casos. La necrosis es rara pero la invasión linfática puede estar presente.(Cevallos, 2006). (Anexo 1 Gráfico N° 3).

Carcinoma tubular.- compuesto por estructuras tubulares típicamente alineadas por una capa simple de epitelio bien diferenciado. Frecuentemente son asociados con otros carcinomas in situ de la mama. Presentan un patrón de crecimiento no agresivo, el compromiso de ganglios axilares se reporta en un 10%.(Cevallos, 2006)

Carcinoma medular.- Está compuesto de cordones y masas de células grandes, con núcleo reticular pleomórfico, con nucléolo prominente. Su estroma es fibroso, pero también linfoideo e infiltrante, estos tumores son micro y macroscópicamente muy bien circunscritos. El pronóstico en general es mejor, que para otros tumores.(Cevallos, 2006)

Carcinoma lobulillar invasivo.- Algunas lesiones tipo escirrosas pueden ser lesiones lobulares e invasivas, estos tumores tienden a ser agresivos, y multicentricos, dando metástasis a distancia.(Cevallos, 2006)

Carcinoma mucinoso.- También llamado, mucoide o coloide, se presenta en mujeres de edad avanzada, con gran duración de los síntomas, tiene crecimiento escaso y baja incidencia de ganglios axilares, la sobrevida es mejor que en el carcinoma ductal infiltrante.(Cevallos, 2006)

Enfermedad de Paget.- Es el compromiso del pezón por una lesión, que nace de los conductos adyacentes, o metastásicos de alguna lesión cercana, el tumor invade por los conductos y parece ser multicentricos, puede estar asociado a tumor subareolar.(Cevallos, 2006)

Estadio I - El cáncer ya se formó, se divide en los estadios:

Estadio IA.- El tumor mide dos centímetros o menos, no se disemina fuera de la mama.

Estadio IB.- se encuentran pequeños racimos de células cancerígenas (mayores de 0,2 milímetros, pero no mayores de dos milímetros) en los ganglios linfáticos y se presenta una de las siguientes situaciones: No se encuentra un tumor en la mama; o El tumor mide dos centímetros o menos.(Instituto Nacional de Cancer, 2015)(Anexo 1 Gráfico N° 3).

Estadio II

*Estadio IIA:*no se encuentra tumor en la mama; o el tumor mide dos centímetros o menos. El cáncer (que mide más de dos milímetros) se encuentra en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cerca del esternón; o el tumor mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros. El cáncer no se diseminó a los ganglios linfáticos.(Instituto Nacional de Cancer, 2015)(Anexo 1 Gráfico N° 4).

Estadio IIB.-el tumor tiene una de las siguientes características: Mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros. Se encuentran pequeños racimos de células de

cáncer de mama en los ganglios linfáticos (mayores de 0,2 milímetros pero no mayores de dos milímetros); o Mide más de dos centímetros, pero menos de cinco centímetros. El cáncer se diseminó a 1 a 3 ganglios linfáticos axilares o a los ganglios linfáticos cerca del esternón o Mide más de cinco centímetros, pero no se diseminó a los ganglios linfáticos.(Instituto Nacional de Cancer, 2015)(Anexo 1 Gráfico N° 5).

Estadio III

Estadio IIIA.-No se encuentra tumor en la mama o el tumor puede ser de cualquier tamaño. Se encuentra cáncer en 4 a 9 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cerca del esternón; o El tumor mide más de cinco centímetros. Se encuentran pequeños racimos de células de cáncer de mama (miden más de 0,2 milímetros pero menos de dos milímetros) en los ganglios linfáticos; o El tumor mide más de cinco centímetros. El cáncer se diseminó a 1 a 3 ganglios linfáticos axilares o a los ganglios linfáticos cerca del esternón.(Instituto Nacional de Cancer, 2015)(Anexo 1 Gráfico N° 6).

Estadio IIIB.-el tumor puede tener cualquier tamaño y el cáncer se diseminó a la pared torácica o la piel de la mama, y produjo inflamación o una úlcera. El cáncer también se puede haber diseminado a: No más de nueve ganglios linfáticos axilares; o Los ganglios linfáticos cerca del esternón. El cáncer que se diseminó hasta la piel de la mama se llama cáncer de mama inflamatorio.(Instituto Nacional de Cancer, 2015)(Anexo 1 Gráfico N° 7).

Estadio IIIC.-no se encuentra un tumor en la mama o el tumor puede tener cualquier tamaño. El cáncer se puede diseminar a la piel de la mama y causar inflamación o una úlcera, o se diseminó hasta la pared torácica. El cáncer también se diseminó a: Diez o más ganglios linfáticos axilares; o Ganglios linfáticos por encima o debajo de la clavícula; o Ganglios linfáticos axilares y ganglios linfáticos cerca del esternón. El cáncer que se diseminó hasta la piel de la mama también puede ser cáncer de mama inflamatorio.(Instituto Nacional de Cancer, 2015)(Anexo 1 Gráfico N° 8).

Estadio IV.- el cáncer se diseminó a otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia a los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.(Instituto Nacional de Cancer, 2015)(Anexo 1 Gráfico N° 9).

SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN

El cáncer de mama se estadifica por lo común de acuerdo con el sistema TMN. Éste, publicado por el American JointCommitteonCáncer (AJCC), fue modificado en 2002 (cuadro 58-2). Las tasas de supervivencia a 5 años se correlacionan con la etapa del tumor, variando de 99% para mujeres con etapa 0 a 14% para las que tienen etapa IV.(Bruce et al., 2009)(Anexo 1. Tabla N° 3)

TRATAMIENTO

Los avances a nivel investigativo científico y clínico en el área de la oncología para el cáncer de seno, permiten actualmente disponer de tratamientos altamente especializados con fines curativos, de control y paliativos; como la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia para el tratamiento de esta enfermedad. (WAGNER, 1993)

Cirugía: El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama se remonta varios siglos atrás y su principal objetivo ha sido lograr el control local y regional de la enfermedad. Desde finales del siglo XIX, la mastectomía se afianzó como el método ideal de tratamiento quirúrgico para el control de la enfermedad y aún este tipo de operación sigue prevaleciendo como procedimiento estándar para el cáncer de seno. (Perales, 2008).

MASTECTOMIA: El término mastectomía proviene del griego (mastos: mama y ektomeé: extirpación) y hace referencia a la extirpación de la glándula mamaria.(Hernandez & Ambrosio, 2013) Hay varios tipos de mastectomía:

Mastectomía Radical.-extirpación de la mama con músculos pectorales, ganglios linfáticos axilares, piel y tejido subcutáneo acompañantes. (Perales, 2008). Es el procedimiento quirúrgico más extenso y ya no está más indicada. La mama se remueve junto a los músculos pectoral mayor y menor y algo de piel supra yacente (cuando menos 4 cm a cada lado del sitio de biopsia) y se hace resección en bloque de todo el contenido axilar, incluyendo los ganglios linfáticos más allá de la vena subclavia.(Bruce et al., 2009)

Mastectomía Radical Modificada.-También conocida como mastectomía total con vaciamiento ganglionar axilar.(Perales, 2008). En ésta se remueve toda la mama e incluye disección axilar, en la cual se incluyen los ganglios linfáticos axilares niveles I y II. A la mayoría de las mujeres con cáncer invasor del seno se le hace mastectomía radical modificada.(Bruce et al., 2009). Existen dos variantes técnicas: en una se extirpa la glándula

mamaria con el pectoral menor y la fascia del pectoral mayor, con vaciamiento axilar completo. La otra se extirpa la glándula mamaria sin pectorales con vaciamiento axilar a poder ser completo. La incisión es horizontal y se mejora el resultado cosmético.(Hernandez & Ambrosio, 2013).

Mastectomía total o simple.-extirpación de todo el tejido de la mama, incluidos el pezón, la areola y la aponeurosis del músculo pectoral mayor preservando ambos músculos pectorales, no hay vaciamiento ganglionar ni resección de los músculos de la pared torácica.(Perales, 2008). La mastectomía total es apropiada para las mujeres con carcinoma ductal in situ (DCIS) y para mujeres que buscan mastectomía profiláctica, esto es, remoción de la mama para evitar cualquier posibilidad de aparición de cáncer mamario.(Bruce et al., 2009)

Mastectomía subcutánea.-Extirpación de la mayor parte de la glándula mamaria conservando la piel, pezón- areola, y sin realizar vaciamiento axilar.(Hernandez & Ambrosio, 2013)

Mastectomía Simple ampliada.-extirpación de la mama en continuidad con los ganglios linfáticos axilares. (Perales, 2008).

Tumorectomía o escisión.-extirpación del tumor dejando la mayor parte de la mama. (Perales, 2008).

Cuadrantectomía.-también conocida como mastectomía parcial, resección de todo el cuadrante de la mama que contiene el tumor junto con la piel que lo cubre y la aponeurosis del pectoral mayor. (Perales, 2008)

Reconstrucción mamaria.-La desfiguración y la pérdida asociada con la mastectomía pueden ser devastadores para la mujer, la reconstrucción mamaria es la cirugía que devuelve el aspecto físico, simétrico y estético del seno luego de la mastectomía radical y se realiza utilizando Implantes con o sin expansores titulares y Colgajos musculares.(Perales, 2008)

Epidemiología: A nivel mundial del total de casos de pacientes sometidas a mastectomía en el año 2009 fue de 30.500 pacientes. En América latina se registró un total de 5.356 pacientes mastectomizadas en el año 2010.(OMS, EPIDEMIOLOGIA MASTECTOMIA, 2010). En Ecuador se presentaron 1200 casos de pacientes mastectomizadas en el año 2010 de acuerdo a cifras del Instituto Nacional del Cáncer.(INEC, 2011) . En la Región Sur del país se registró un total de 215 casos de mastectomía en el año 2010. (SOLCA, 2012)

EFFECTOS POSTMASTECTOMIA

Desde el momento en que la enfermedad se identifica, la paciente es, en general, objeto de “un proceso progresivo y creciente de fragilización psicológica centralizada fundamentalmente, en el temor a la muerte. La inminencia de la cirugía desencadena, para la pariente con cáncer de la mama, una doble crisis: por un lado la exposición a un riesgo quirúrgico, siempre peligroso, y por otro lado, la privación de un órgano, el seno, que compromete los valores existenciales de la mujer a raíz de las “cargas simbólicas” que, en la mayoría de las culturas, se hallan depositadas en el pecho femenino y que constituyen, como lo sugiere Zeolla —los pilares esenciales de la condición de “ser mujer”. (Pierre & Hernández, 2010).

La identificación del cáncer de la mama, en la mujer, provoca invariablemente temores y angustias que conmueven e invaden toda su organización existencial, tanto en lo biológico como en lo psicológico y social, implicando una amenaza a su integridad y a su identidad. Nancy Robinson e Ian Swash: “quizás lo que resulta más difícil de aceptar sea la idea de que parte de su femineidad ha desaparecido (con la mastectomía) y que muchas se sienten como si fueran medio mujer, cuando no consideran haber pasado a ser (sexualmente) neutras”. (Robinson, 1981)

Para muchas mujeres mastectomizadas surge el sentimiento de rechazo por parte del hombre, y la idea de incapacidad para funcionar a plenitud como compañera sexual del primero, sus relaciones interpersonales se deterioran tanto a raíz de la depresión experimentada por la mujer mastectomizada al sufrir la mutilación de su autoimagen, como por las reacciones a menudo inadecuadas de la pareja y del contexto familiar que no siempre se halla en condiciones de involucrarse afectiva y positivamente con el problema padecido por la mujer, compañera y madre. (Pierre & Hernández, 2010)

EFFECTOS PSICOLÓGICOS

La dimensión psicológica es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, concierne a la habilidad individual de enfrentar problemas físicos y psicológicos y de manejar o controlar los momentos de ansiedad, miedo, incomunicación, pérdida de la autoestima, depresión, la cognición, la angustia, la incertidumbre del futuro; que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento. (Perales, 2008).

Algunos criterios autorizados como el del profesor Jorge Psillakis plantea que la pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos. Estos dependerán de su edad, sus hijos, su esposo, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, auto-desvaloración, etc.(Canfux & Borbón, 2002).

Las actitudes del paciente hacia el cáncer varían dependiendo de factores culturales, sociales, económicos y educacionales, e incluso se considera que los tumores asociados a órganos sexuales presentan una carga emocional añadida, pues se trata de la intimidad, de la masculinidad o feminidad del individuo.(Perales, 2008).

La pérdida del seno afecta en gran medida la identidad de una mujer. Su autoimagen, su feminidad, el tipo y grado de ansiedad y la evaluación de sí misma como persona son amenazadas especialmente si sus senos son percibidos como un componente de su identidad, o si son cruciales en el funcionamiento de su carrera.(Perales, 2008).

Así, dentro de los efectos psicológicos que se pueden valorar en una mujer que ha sido mastectomizada son: Ansiedad, Depresión y la Baja Autoestima.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: los pacientes que sufren de depresión y ansiedad son incapaces de divertirse o funcionar adecuadamente en algunas de las otras áreas que se considera contribuyen a la calidad de vida.(Pintado, n.d.) La depresión ha sido vista como una respuesta común al cáncer de seno, o como una respuesta acompañante de otros indicadores emocionales de molestias como la ansiedad, la ira y la hostilidad; son reacciones psíquicas naturales. Cuando la mujer comienza a tener insomnios, estado continuo de tristeza, pérdida de interés y capacidad para la alegría, y llora fácilmente se trata de una depresión severa.(Perales, 2008).

Para la medición de la depresión se utiliza la escala de valoración de Hamilton (Hamilton depression rating scale (HDRS) es una escala, hetero-aplicada, tiene como objetivo evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.(Rojas, 2006). Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Obteniendo que: No deprimido: 0-7 Depresión

ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23.(Purriños, 2011).

Para la ansiedad es útil la escala de Hamilton, la cual se trata de una escala hetero-administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.(“ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON,” n.d.)

BAJA AUTOESTIMA: es también considerado uno de los efectos más comunes de la mastectomía, precisamente por las inseguridades que siente la paciente y al miedo, al rechazo por parte de sus familiares o pareja, por tanto su medición se basa principalmente en la Escala de Autoestima de Rosemberg, es un cuestionario que consta de 10 ítems, frases de las cuales 5 están enunciadas de forma positiva y las otras cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia auto-administrada. (“ESCALA_AUTOESTIMA_ROSEMBERG.pdf,” n.d.).

EFFECTOS SOCIALES

El cáncer de mama y su tratamiento no sólo tiene un gran impacto en la mujer, sino también en su familia y seres queridos. Cuando el bienestar de un miembro de la familia se ve afectado por una patología, se producen una serie de cambios psicológicos en todo el grupo familiar. (Martinez, 2014). La paciente y la familia reaccionan al diagnóstico con miedo, hostilidad, ansiedad y sentimientos de culpa. Todas estas reacciones usualmente se manifiestan bien sea por un proceso de separación y/o aislamiento en general o bien por una ocultación de la afectividad y por una alteración de las respuestas emocionales. (Canfux & Borbón, 2002).

Así algunos de los cambios que se pueden observar en los familiares tenemos. (Martinez, 2014):

El miedo es una reacción muy común en los seres queridos, entre los temores más comunes destacan el miedo a la muerte, a los efectos del tratamiento, a la dificultad de las operaciones

y a los cambios físicos de la mujer (como es la pérdida de pecho como consecuencia de la mastectomía).

Algunos sienten culpa, ya que es la mujer quien padece la enfermedad y no ellos mismos (especialmente por parte del padre), y otros por el contrario culpan a la mujer por padecer el cáncer, acusándola por ejemplo de no haberse realizado autoexámenes de la mama o por no haberse realizado las mamografías bianuales. La sobreprotección del paciente con el objetivo de ahorrarle dolor y sufrimiento es otra reacción muy común entre los seres queridos.

Puede ocurrir que se alejen de la mujer para no invadir su intimidad y así no herir sus sentimientos, y otros en cambio actúan como si nada hubiese cambiado, negando la enfermedad que padece su ser querido e incluso reduciendo el contacto con éste.

En lo que concierne a su esposo se ha encontrado que algunas casadas jóvenes y maduras han tenido temor de que su mutilación alejará a su compañero en la intimidad por la pérdida de la imagen como mujer; otras tienen el sentimiento de una menor valía y de frustración para la vida sexual, que las distancia del hombre. (Perales, 2008). Las reacciones que pueden presentar son muy variadas, desde no representar un gran problema para ellos, ya que consideran la preservación de la vida como principal prioridad, hasta considerar la desfiguración física como un hecho traumático e impactante. En algunos casos, esta lucha contra la enfermedad fortalece su relación, pero en otras ocasiones por el contrario, el cáncer de mama y la mastectomía tiene un impacto negativo en sus relaciones. (Martinez, 2014).

La incapacidad para volver al trabajo, la pérdida de la seguridad en el empleo, una eventual pérdida del progreso en su carrera profesional son hechos especialmente dolorosos para el ego de las pacientes, posteriores a la mastectomía. (Canfux & Borbón, 2002).

EPIDEMIOLOGIA

A nivel mundial en el año 2009 un 95% de pacientes presentaron un nivel de ansiedad leve a moderada antes de la operación pero este nivel disminuye al 65% luego de realizar la mastectomía. En América Latina se registró un total de 15.356 pacientes mastectomizadas en el año 2010 de las cuales un 97,03% presentó efectos psicológicos adversos post operatorios. (OMS, EPIDEMIOLOGIA MASTECTOMIA, 2010). En Ecuador se observó que el (96.7%) presentaron un nivel de ansiedad leve a moderado después de la mastectomía. de acuerdo a estudios realizados por el Instituto Nacional de Cáncer. (INEC, 2011). Y finalmente en la

región sur del país registró un total de 215 casos de mastectomía en el año 2009, pero de lo cual no se ha logrado determinar sus efectos postoperatorios.

ESTUDIOS DETALLADOS

El doctor José M. Suárez Fernández afirma que la mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por un choque de proporciones inauditas como: distorsión de un perfil somático-sexual -característica natural de una gran afectación psicológica- e incapacidad potencial a sus compromisos sociales, que la produce una inestabilidad impredecible de consecuencias muy graves; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral de compensación o recuperación que pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social. (Perez, 2006).

En la provincia de Loja existen pocas investigaciones que abordan la problemática psicológica y social de mujeres mastectomizadas. Las pacientes con mastectomía que acuden a cualquier consulta externa oncológica, presentan un deterioro importante de su estado mental y físico, de ahí la importancia de describir el impacto psicológico y social de la mastectomía, tomando en consideración los factores filogenéticos, étnicos y socioculturales y su reacción de miedo al desfiguramiento físico, este último factor es la causa de sentimientos de incertidumbre y de temor a la muerte, además pérdida de control y sentimientos de culpabilidad y soledad.

e. METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN

DESCRIPTIVO

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, debido a que se ha podido especificar los efectos psicológicos y sociales de las pacientes postmastectomizadas.

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Se trabajó con el método científico, habiéndose acudido a sus expresiones, tales como:

INDUCTIVO

Este método permitió, a partir de la observación y el análisis de la información recolectada en aspectos relacionados con el entorno y situación de las pacientes postmastectomizadas, llegar a establecer los efectos psicológicos y sociales, de las pacientes, y poder sugerir estrategias para lograr minimizar su afectación en la calidad de vida de las mismas.

ANALÍTICO

El análisis permitió el proceso de conocimientos, con la identificación de cada uno de los efectos psicológicos y sociales de las pacientes postmastectomizadas por cáncer de mama. De este modo, se logró establecer las relaciones existentes de las diversas variables.

POBLACIÓN

Para la presente investigación se tomó la población total de las pacientes postmastectomía que son atendidas por consulta externa en el hospital de SOLCA de la ciudad de Loja, que representan 90 pacientes.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta

Para la recolección de la información se utilizó la encuesta en la cuál constan preguntas acerca de los efectos sociales y además test que permiten valorar ansiedad, baja autoestima y depresión, entre ellos el test de ansiedad y depresión de Hamilton y baja autoestima de Rosemberg.

La encuesta fue aplicada a las pacientes atendidas por consulta externa que han sido mastectomizadas por cáncer de mama.

Estadística

La técnica estadística ayudó para darle un tratamiento adecuado a la información obtenida de las encuestas, ya que facilitó la presentación y el análisis mediante el procesamiento de la información de manera oportuna.

Para el procesamiento de la información se acudió al apoyo del programa SPSS 15.0, con el cual se tabuló la información y se creó la base de datos.

INSTRUMENTOS

Cuestionario para la encuesta

Para implementar la técnica de la encuesta, se utilizó como instrumento el cuestionario. Éste contuvo las preguntas necesarias para recabar la información requerida en el cumplimiento de los objetivos de la investigación, el mismo estuvo dirigido a las pacientes postmastectomizadas por cáncer de mama atendidas en consulta externa en el hospital de SOLCA de la ciudad de Loja. El mismo se presenta en el Anexo 2

El cuestionario constó de 6 partes:

- a. Información general
- b. Datos generales
- c. Preguntas sobre efectos sociales las cuales fueron de tipo cerrado, dicotómicas para facilitar el trabajo de campo.
- d. Test de autoestima de Rosemberg
- e. Test de ansiedad de Hamilton

- f. Test de depresión de Hamilton

Validación del instrumento

Antes de aplicar el cuestionario de investigación, se procedió a validar el cuestionario sometiéndola a prueba piloto.

Prueba piloto

Para la realización de la prueba piloto se procedió a encuestar al 3% de las personas integrantes de la población, que representa 27 pacientes. Al efectuarse, se pudo determinar que el cuestionario es claro y de fácil entendimiento.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El procedimiento que se siguió en el trabajo investigativo fue el siguiente:

1. Recolección y revisión de información de diversas fuentes.
2. Elaboración de trabajo investigativo
3. Validación de los instrumentos.
4. Socialización del trabajo investigativo
5. Autorización del Hospital de SOLCA Loja
6. Consentimiento Informado
7. Aplicación de los instrumentos.
8. Análisis e interpretación de la información
9. Elaboración del informe escrito
10. Revisión y corrección del informe escrito

f. RESULTADOS

Tabla N° 1

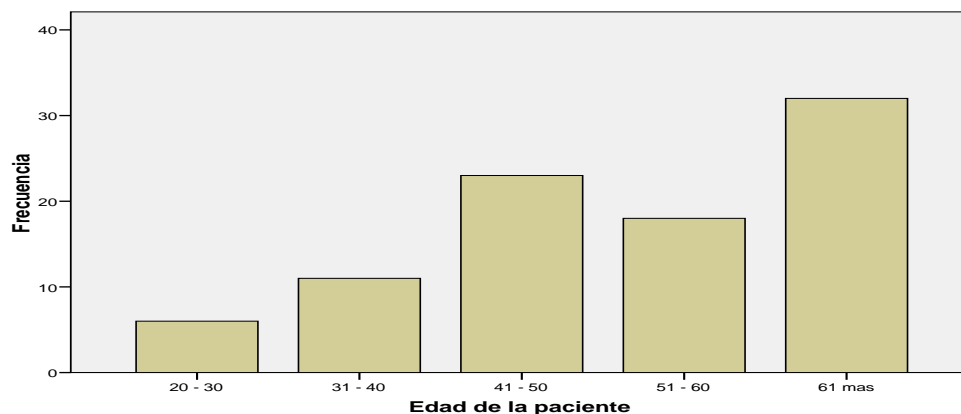
Edad de las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 - 30	6	6,7
31 - 40	11	12,2
41 - 50	23	25,6
51 - 60	18	20,0
61 mas	32	35,6
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Grafico N° 1

Edad de las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)



Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

A través de la tabulación de los datos obtenidos de las 90 pacientes, se muestra en cuanto a la edad que el rango más común es entre las edades mayores a 61 años en un 32 por ciento, seguido de edades entre 41-50 años en un 23 por ciento, el rango de edades menos frecuentes es de 20 – 30 años con un 6 por ciento.

Tabla N° 2

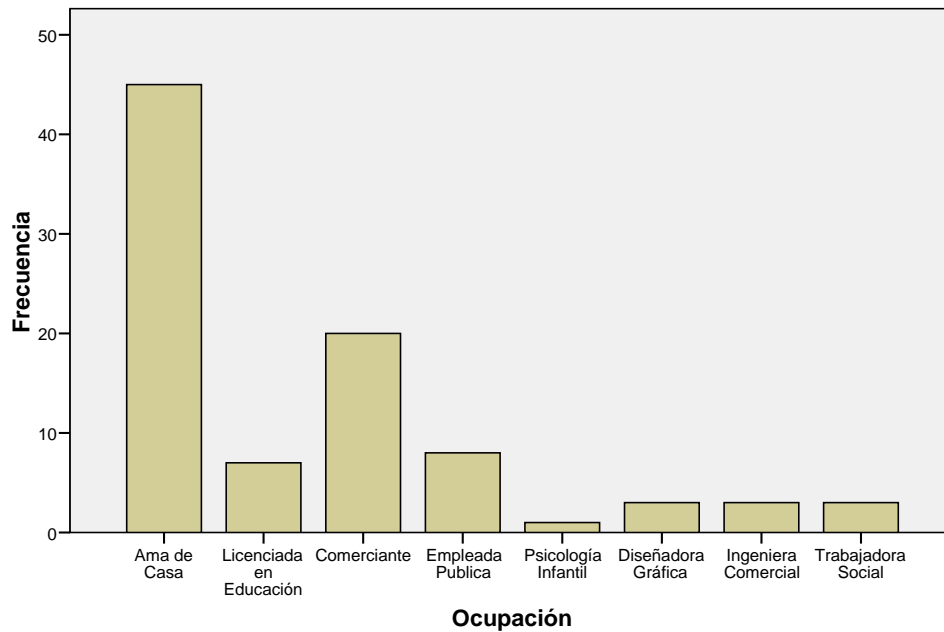
Ocupación de las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	45	50,0
Licenciada en Educación	7	7,8
Comerciante	20	22,2
Empleada Publica	8	8,9
Psicología Infantil	1	1,1
Diseñadora Gráfica	3	3,3
Ingeniera Comercial	3	3,3
Trabajadora Social	3	3,3
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Grafico N° 2

Ocupación de las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)



Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

La ocupación más frecuente entre las pacientes encuestadas es ama de casa con un 50 por ciento, seguido de comerciante en un 20 por ciento y con menor frecuencia diseñadora gráfica, ingeniera comercial y trabajadora social en un 3 por ciento.

Tabla N° 3

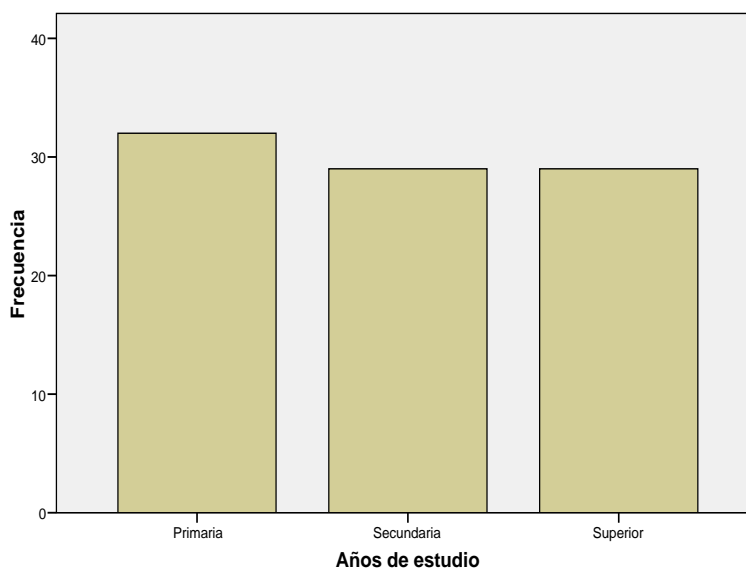
Años de estudio de las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	32	35,6
Secundaria	29	32,2
Superior	29	32,2
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Gráfico N° 3

Años de estudio de las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)



Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

El nivel de instrucción de las pacientes es principalmente primaria en un 32 por ciento, y en un 29 por ciento llevan un nivel de instrucción secundaria y superior.

Tabla N° 4

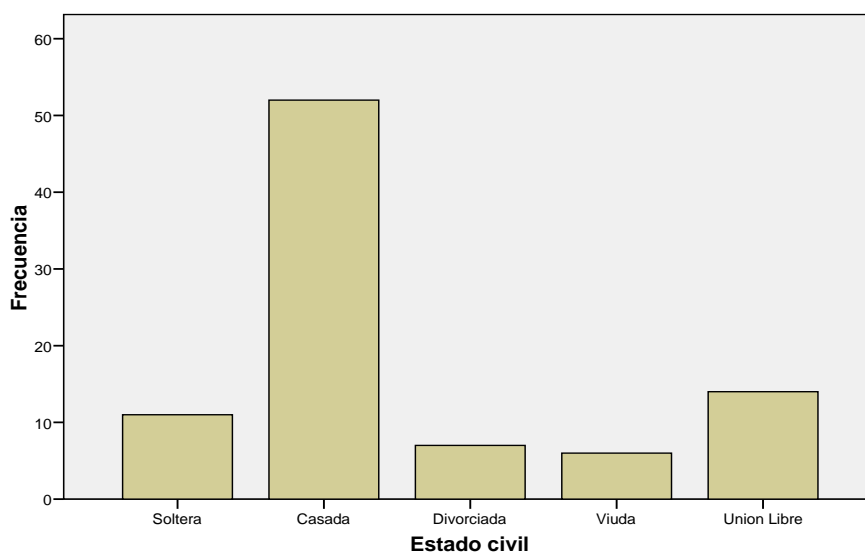
Estado civil de las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	11	12,2
Casada	52	57,8
Divorciada	7	7,8
Viuda	6	6,7
Unión Libre	14	15,6
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Gráfico N° 4

Estado civil de las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)



Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

La mayoría de las pacientes tienen como estado civil ser casadas en un 52 por ciento seguido de unión libre 14 por ciento y menos común divorciadas (7 por ciento) y viuda (6 por ciento).

Tabla N° 5

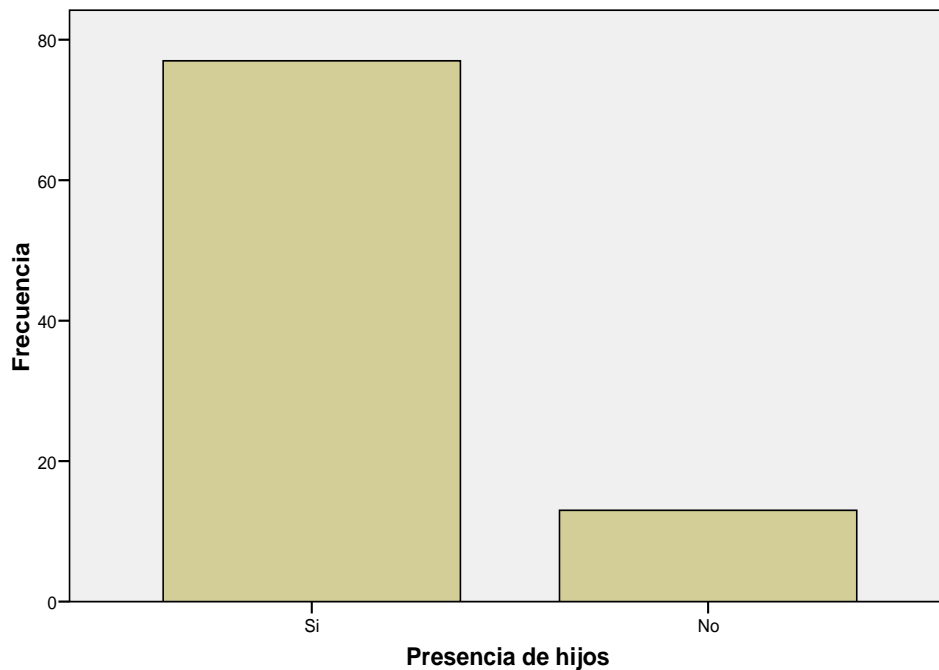
Presencia de hijos en las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Presencia de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Si	77	85,6
No	13	14,4
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Gráfico N° 5

Presencia de hijos en las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)



Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

De las pacientes encuestadas la mitad de ellas tienen hijos representando 77 por ciento y las que no tienen hijos representan un 14,4 por ciento.

Tabla N° 6

Lugar de residencia de las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

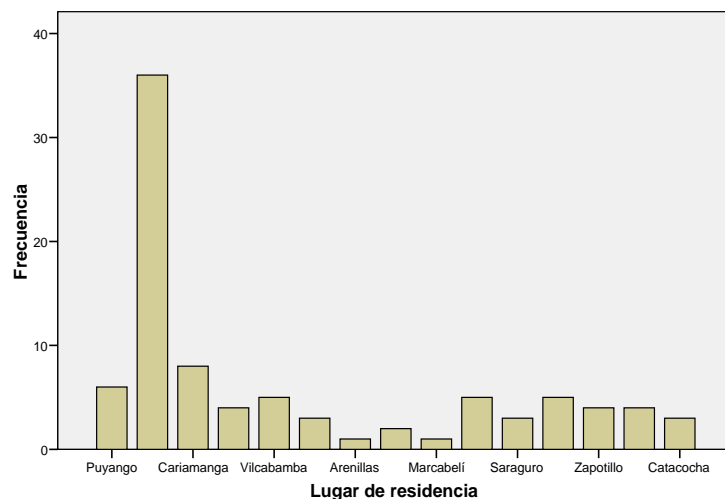
Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Puyango	6	6,7
Loja	36	40,0
Cariamanga	8	8,9
Macará	4	4,4
Vilcabamba	5	5,6
Olmedo	3	3,3
Arenillas	1	1,1
Zaruma	2	2,2
Marcabelí	1	1,1
Catamayo	5	5,6
Saraguro	3	3,3
El Oro	5	5,6
Zapotillo	4	4,4
Zamora	4	4,4
Catacocha	3	3,3
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes

Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Gráfico N° 6

Lugar de residencia de las paciente postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)



Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

El lugar de residencia más común de las pacientes es la ciudad de Loja representando el 36 por ciento, el resto de pacientes se distribuyen entre las provincias de Loja, Zamora y El Oro.

Tabla N° 7

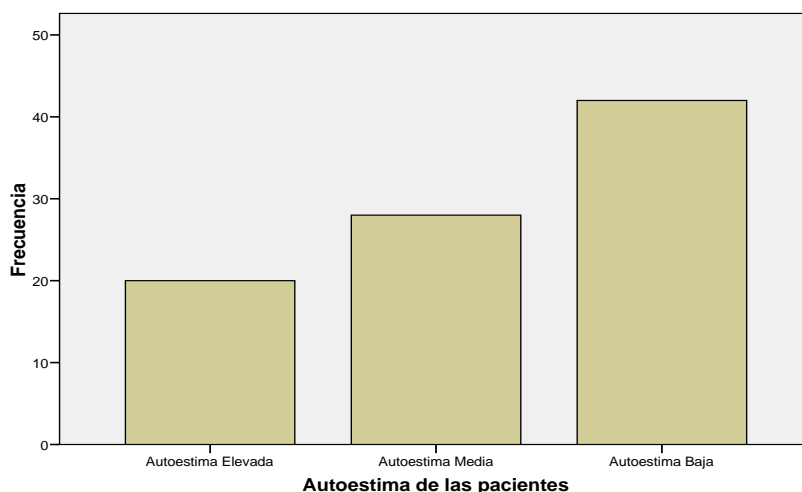
Autoestima de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima Elevada	20	22,2
Autoestima Media	28	31,1
Autoestima Baja	42	46,7
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Gráfico N° 7

Autoestima de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)



Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Del cien por ciento de las pacientes encuestadas el 42 por ciento presentan baja autoestima, el 28 por ciento autoestima media y solo el 20 por ciento autoestima elevada.

Tabla N° 8

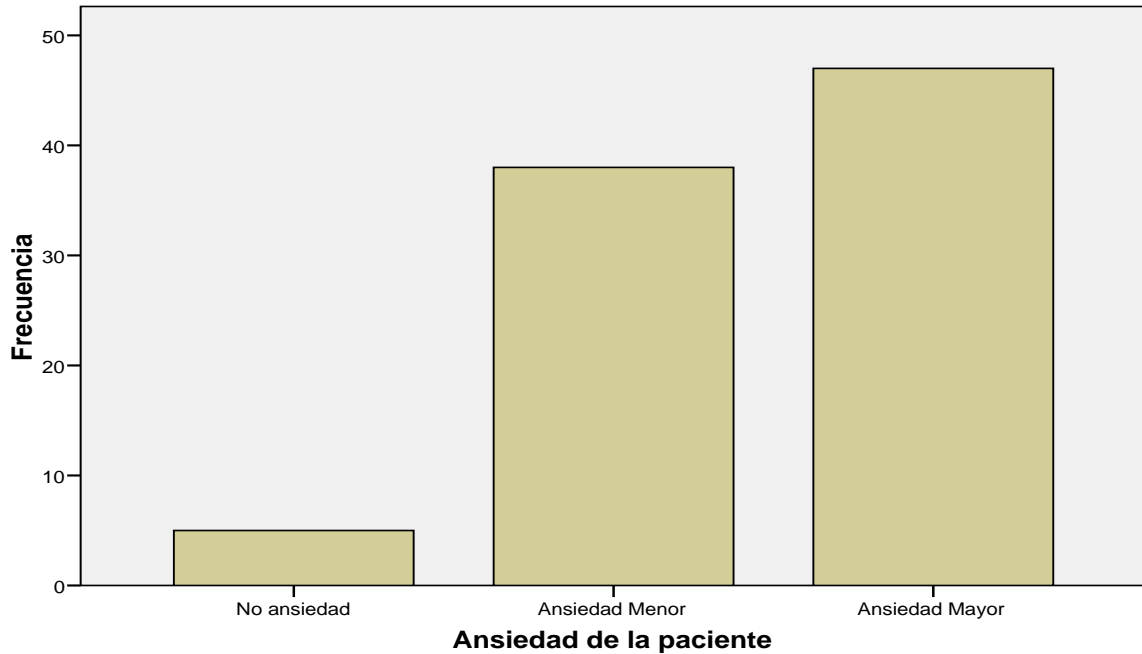
Ansiedad de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
No ansiedad	5	5,6
Ansiedad Menor	38	42,2
Ansiedad Mayor	47	52,2
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Gráfico N° 8

Ansiedad de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)



Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Otro de los principales efectos psicológicos que se ha logrado identificar es la ansiedad, en base ha ello se encuentra que de todas las pacientes encuestadas la mayoría presentan un estado de ansiedad ya sea ansiedad mayor en un 47 por ciento, y ansiedad menor en un 38 por ciento y solo un 5 por ciento no presentan ningún tipo de ansiedad.

Tabla N° 9

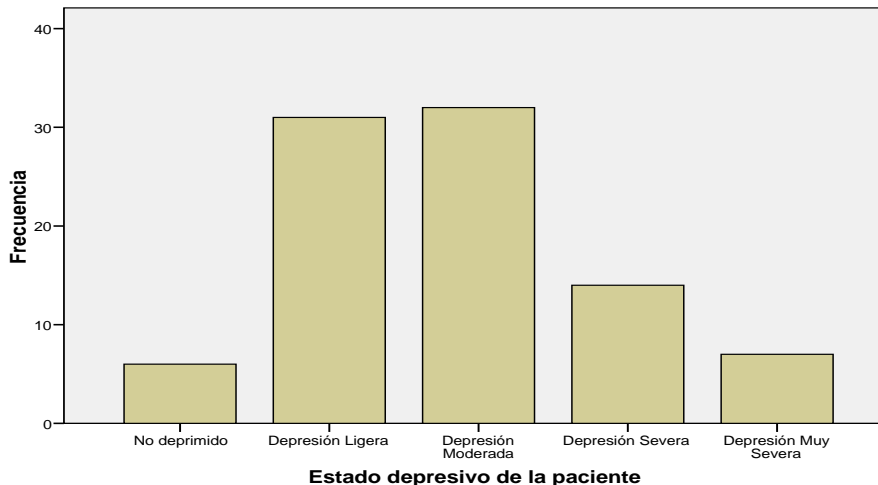
Estado depresivo de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
No deprimido	6	6,7
Depresión Ligera	31	34,4
Depresión Moderada	32	35,6
Depresión Severa	14	15,6
Depresión Muy Severa	7	7,8
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Gráfico N° 9

Estado depresivo de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)



Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Dentro de los efectos psicológicos postmastectomía es la depresión, encontrando que el 32 por ciento presentan depresión moderada, 31 por ciento depresión ligera, 14 por ciento depresión severa, y entre las de menor porcentaje está la depresión muy severa 7 por ciento y pacientes sin depresión en un 6 por ciento.

Tabla N ° 10

Afectación del Autoestima en relación con la edad de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Edad de la paciente	Baja autoestima		Total
	Si	No	
20 – 30	6	0	6
31 – 40	6	5	11
41 – 50	18	5	23
51 – 60	15	3	18
61 mas	25	7	32
Total	70	20	90

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Al relacionar la edad con el autoestima, todas las pacientes de 20 – 30 años tienen baja autoestima, de las de 31 a 40 años el 50 por ciento tiene algún grado de afectación en su autoestima, y las pacientes entre las edades de 41 – 50 años y entre 51 – 60 años su gran mayoría más del 50 por ciento tiene efectos en su autoestima, finalmente las mujeres mayores de 61 años su gran mayoría tiene afectación en su autoestima.

Tabla N° 11

Presencia de ansiedad en relación con la edad de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Edad de la paciente	Ansiedad		Total
	Si	No	
20 – 30	6	0	6
31 – 40	10	1	11
41 – 50	22	1	23
51 – 60	18	0	18
61 mas	29	3	32
Total	85	5	90

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Al relacionar la edad y la ansiedad, todas las pacientes de 20 – 30 años tienen algún nivel de ansiedad, las de 31 a 40 años el 90 por ciento tiene ansiedad, las pacientes entre las edades de 41 – 50 años y entre 51 – 60 años su gran mayoría más del 50 por ciento presentan ansiedad, finalmente las mujeres mayores de 61 años su gran mayoría presentan ansiedad.

Tabla N° 12

Depresión en relación a la edad de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Edad de la paciente	Depresión		Total
	Si	No	
20 – 30	6	0	6
31 – 40	10	1	11
41 – 50	20	3	23
51 – 60	18	0	18
61 mas	30	2	32
Total	84	6	90

Fuente: Encuesta a Pacientes

Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Al relacionar la edad y la depresión, la gran mayoría de las pacientes de 20 – 30 años tienen algún nivel de depresión, las de 31 a 40 años el 90 por ciento tiene depresión, las pacientes entre las edades de 41 – 50 años y entre 51 – 60 años su gran mayoría más del 50 por ciento presentan depresión, finalmente las mujeres mayores de 61 años su gran mayoría tiene depresión.

Tabla N ° 13

Afectación del Autoestima en relación con el nivel de escolaridad de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Instrucción	Baja autoestima		Total
	Si	No	
Primaria	29	3	32
Secundaria	21	8	29
Superior	20	9	29
Total	70	20	90

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

El nivel de escolaridad de las pacientes es muy importante para poder reconocer si existe relación con los efectos postmastectomía, en base a lo cual se encuentra que independiente al nivel de escolaridad más del 50 por ciento de las pacientes presentan baja autoestima.

Tabla N ° 14

Presencia Ansiedad en relación con el nivel de escolaridad de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Instrucción	Ansiedad		Total
	Si	No	
Primaria	32	0	32
Secundaria	25	4	29
Superior	28	1	29
Total	85	5	90

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

De las pacientes encuestadas independientemente de su nivel de instrucción, todos en más del 50 por ciento presentan ansiedad, siendo un pequeño porcentaje el que no presenta esta alteración psicológica.

Tabla N° 15

Depresión en relación a la instrucción de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Instrucción	Depresión		Total
	Si	No	
Primaria	32	0	32
Secundaria	26	3	29
Superior	26	3	29
Total	84	6	90

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

La mayoría de las pacientes independiente de su nivel de escolaridad presentan algún gado de depresión, y solo un pequeño porcentaje, indica que no tiene depresión tras la mastectomía.

Tabla N° 16

Afectación del Autoestima en relación con el estado civil de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Estado civil	Baja autoestima		Total
	Si	No	
Soltera	8	3	11
Casada	38	14	52
Divorciada	6	1	7
Viuda	6	0	6
Unión Libre	12	2	14
Total	70	20	90

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Tabla N° 17

Presencia Ansiedad en relación con el estado civil de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Estado civil	Ansiedad		Total
	Si	No	
Soltera	11	0	11
Casada	51	1	52
Divorciada	6	1	7
Viuda	6	0	6
Unión Libre	11	3	14
Total	85	5	90

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Tabla N° 18

Depresión en relación con el estado civil de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Estado civil	Depresión		Total
	Si	No	
Soltera	11	0	11
Casada	49	3	52
Divorciada	6	1	7
Viuda	6	0	6
Unión Libre	12	2	14
Total	84	6	90

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

De las 90 pacientes estudiadas, las que se ven mayormente afectadas con ansiedad, depresión y cambios en su autoestima son las mujeres casadas, seguidas de unión libre y solteras, y las mujeres cuyo nivel de afectación psicológica se muestra en menor porcentaje son las de estado civil viudas y divorciadas.

Tabla N° 19

Cambio en el ámbito social de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Ámbito social	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	50,0
No	45	50,0
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Tabla N° 20

Apoyo Familiar de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Apoyo Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	71	78,9
No	19	21,1
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Tabla N° 21

Dificultad en su Trabajo de las pacientes postmastectomizadas atendidas por consulta externa en el Hospital de SOLCA Loja. (Mayo – Junio – Julio 2015)

Dificultad en el trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Si	54	60,0
No	36	40,0
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta a Pacientes
Elaboración: Adriana Lourdes Cango Apolo

Se identificó que el 50 por ciento de las pacientes presentaron cambios sociales y el otro 50 por ciento no han presentado dichos cambios, un factor relevante en lo social es la familia, encontrando que más del 72 por ciento de la población estudiada han sentido apoyo de su familia, finalmente en la dificultad para realizar las actividades que normalmente realizan en su trabajos, el 54 por ciento tuvieron cambios en las seguridad de su trabajo e inclusive han sentido pérdida de progreso en su empleo.

g. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio comprueban que la mayoría de la población estudiada siente de alguna forma afectación psicológica tras la mastectomía, estos resultados concuerdan con la investigación de Laura Martínez en España 2014, que indica que 50 por ciento de la población de su estudio se siente de una u otra forma moderadamente afectada tras la mastectomía, al igual que el estudio de López Cueva en Colombia, donde cerca del 50 por ciento de las mujeres mastectomizadas presentó algún grado de afectación psicológica, siendo las más frecuentes la depresión, la ansiedad y el desinterés por la sexualidad.

El 94 por ciento de la población estudiada presentó algún grado de depresión, resultado similar al estudio de Martínez donde el 50% de las mujeres presentaron sentimiento de tristeza, variable relacionada con la depresión, y al estudio de López Cueva, que reporta depresión de la población en un 47,9%. Si se tiene en cuenta que cualquier intervención quirúrgica (y más si es mutilante) favorece la aparición de un síndrome depresivo, resulta más que comprensible que tras la mastectomía muchas mujeres tengan depresión y en ocasiones depresión profunda.

Los relatos verbales, demuestran que los efectos de la mastectomía acarrearán sentimientos generales que llevan a las mujeres a tener síntomas de ansiedad 95 por ciento y baja autoestima 80 por ciento, que a pesar del tiempo transcurrido desde el procedimiento todavía existe modulación activa de los mismos. Todo esto se puede contrarrestar con el estudio de Pérez Cárdenas en la Habana – Cuba en el año 2006, quien en su estudio encuentra un alto nivel de ansiedad (71.8 por ciento) y de nivel medio de ansiedad (28.2 por ciento).

Como se mencionó anteriormente, la mastectomía afecta la parte social de las pacientes que incluyen la pareja, familia y trabajo, en base a ello, la mayoría de las pacientes (72 por ciento) reconocen que las relaciones familiares no se vieron afectadas tras el diagnóstico de cáncer de mama y la posterior mastectomía, y que sintieron apoyo por parte de su familia, la misma situación se ve en el estudio de Martínez donde el 41,7 por ciento de las pacientes identifica que no existieron inconvenientes tras el diagnóstico de cáncer de mama y posterior mastectomía, mostrando una buena comunicación familiar y un gran apoyo a las pacientes y que solamente el 16.7 por ciento de las familias presentó problemas en la comunicación. Estos resultados difiere de la investigación de López Cueva quien muestra en su estudio que

43,5% de las familias presentó problemas de comunicación propias de las familias disfuncionales. Además en un estudio realizado por Pierre Tomas en Costa Rica en el año 2009 manifiesta que el 69 por ciento de las pacientes señalaron que las relaciones familiares tensas se agudizan, en gran medida por el hecho de que ellas se han vuelto más irritables con sus hijos, percibiendo cualquier manifestación verbal o gestual de estos como un rechazo o una descalificación para con ellas, este resultado difiere de los encontrados en la presente investigación, donde la mayoría de las 72 por ciento sintieron apoyo familiar, sin manifestar malas relaciones familiares.

Un factor relevante es la relación con la pareja, donde en esta investigación no se ve afectada en la mayoría de las pacientes encuestadas, sin embargo el 28 por ciento de los casos manifestaron mediante expresiones verbales que existían problemas familiares y falta de apoyo de las misma, indicando que sus relaciones maritales se habían deteriorado e inclusive, en algunos casos, la situación de salud de ellas fue el agravante para la separación con sus parejas, este resultado es similar al encontrado por Pierre Tomas donde el 24 por ciento de las entrevistadas informaron que sus relaciones maritales sufrieron un deterioro luego de la intervención quirúrgica debido, en gran medida, a la vergüenza experimentada por ellas con respecto a su imagen física con el cónyuge o compañero.

Finalmente se estudió en cuanto a los cambios sociales la dificultad para realizar las actividades que normalmente realizan en sus trabajos, de ello el 54 por ciento tuvo cambios en la seguridad de su trabajo e inclusive han sentido pérdida de progreso en su empleo, esta situación de igual manera se corrobora con el estudio de Pierre Tomas donde el 42 por ciento de las pacientes manifestaron no tener motivación alguna para la ejecución de las tareas cotidianas. A raíz de este problema, muchas han afrontado un deterioro económico importante como consecuencia de las limitaciones físicas causadas por la mastectomía, y por la necesidad de asistir periódicamente a las sesiones terapéuticas en el hospital.

Para la mayoría de las pacientes mastectomizadas, al no poder ocuparse en forma continua en alguna actividad, tienden a centrarse mayormente sobre su estado y a resentir en forma muy aguda su situación de minusvalía física y emocional.

h. CONCLUSIONES

- Las principales características de las mujeres encuestadas son que la mayoría se encuentran en un rango de edad entre 41 y mayores de 61 años, son amas de casa en 50 por ciento, el 32 por ciento tienen instrucción primaria, el 52 por ciento están casadas, el 77 por ciento tienen hijos y su residencia actual es en la ciudad de Loja (36por ciento) que representa la mayoría, el resto se distribuyen en la provincia de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe.
- Las principales alteraciones psicológicas que presentan las mujeres mastectomizadas son la depresión, ansiedad y baja autoestima.
- El 72 por ciento, es decir la mayoría de las entrevistadas no presentaron cambios en sus relaciones familiares o maritales, un 28 por ciento sin embargo sintió rechazo de la sociedad y de su pareja. En mayor proporción 54 por ciento manifestó tener dificultades económicas como consecuencia de inseguridad en su trabajo o dificultad para realizar actividades que normalmente hacían anterior a lamastectomía.
- No existe relación entre la presencia de efectos psicológicos y sociales que presentan las pacientes y su edad, instrucción ó estado civil.

i. RECOMENDACIONES

- Aunque se reconoce la carga psicológica que acarrea una mastectomía, se hace necesario que el personal de salud haga énfasis no solo en el diagnóstico o procedimiento quirúrgico, sino en abordajes desde el punto de vista psicológico, antes, durante y después del procedimiento, que favorezcan un buen resultado en el procedimiento, la rehabilitación y el proceso de duelo.
- Promover la creación de grupos de apoyo con acompañamiento psicológico y familiar con el fin de que las mujeres puedan expresar de manera adecuada sus sentimientos y compartan experiencias posteriores al proceso.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Argelia, M. (Junio de 2005). *Revista Venezolana de Oncología*. Obtenido de Scielo:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822005000200010&script=sci_arttext
- Berek, S. (2014). Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-cancer-ginecologico-evolucion-su-frecuencia-90357904>
- Breastcancer. (2015). *Blog*. Obtenido de
<http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/mastectomia/esperar>
- Chisholm, A. (Octubre de 2012). *Blog*. Obtenido de
<http://surgery.med.nyu.edu/content?ChunkIID=103921>
- Diaz, L. (2002). *Revista Cubana*. Obtenido de
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_01_02/mil08102.htm
- Diaz, L. (2012). *Revista Cubana*. Obtenido de
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_01_02/mil08102.htm
- Fallbjörk U, R. B. (2013). Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23083641>
- IARC. (2010). *Blog*. Obtenido de <http://www.iarc.fr/>
- INEC. (2011). Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- J.M. del Val Gil*, M. L. (2010). *Revista*. Obtenido de
http://aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2001/Enero2.pdf
- López, Z. (2010). *Artículo*. Obtenido de
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema01.htm>
- Martinez, L. (16 de Mayo de 2014). *Tesis*. Obtenido de <https://addi.ehu.es/handle/10810/13007>
- OMS. (2011). Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- OMS. (2008). *Artículo*. Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- OMS. (2011). *Artículo*. Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- OMS. (2010). *EPIDEMIOLOGIA MASTECTOMIA*.
- OncoVida. (2010). *Revista*. Obtenido de www.seom.org/publicaciones/publicaciones/103150-coleccion-oncovida

Onix, P. (2015). *Blog*. Obtenido de www.ijh.com

Pierre Thomas Claudet*, F. S. (2011). *Artículo*. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v6n2/art4.pdf>

Robinson, N. S. (1981). *Mastectomía, Guía para la paciente operada de mama*. . Buenos Aires: Lidium.

Scielo. (2015). *Revista Venezolana de Oncología*. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822005000200010&script=sci_arttext

Society, A. C. (2014). *Blog*. Obtenido de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-que-es-que-es-cancer-de-seno>

SOLCA. (Diciembre de 2012). *Scielo*. Obtenido de <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v10n2/v10n2a03.pdf>

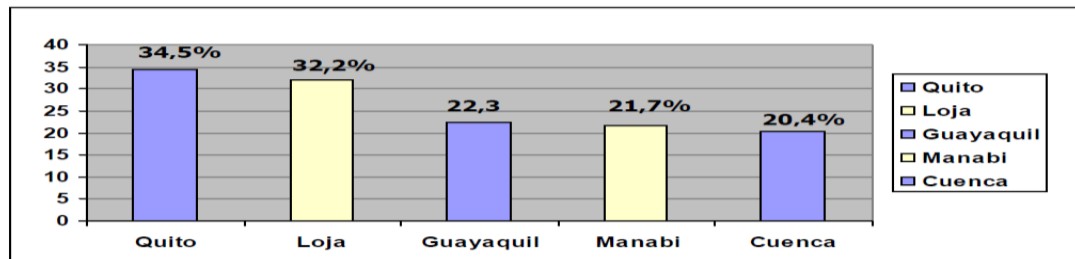
WAGNER, F. (1993). Historia de la enfermedad mamaria y su tratamiento. . En F. WAGNER, *Bland y Copeland. La Mama: Manejo Interdisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. (págs. 25 - 44). Buenos Aires: Medica Panamericana.

k. ANEXOS

ANEXO 1

TABLA N°1

TASA DE INCIDENCIA DE CANCER DE MAMA ESTANDARIZADA POR 100.000
MUJERES EN EL ECUADOR



Fuente: Diario Hoy 2010
Autor: Hospital SOLCA.

TABLA N°2

CLASIFICACIÓN DE CÁNCER DE MAMA

DUCTAL	<ul style="list-style-type: none"> ● Intraductal (in situ) ● Invasivo con componente Intraductal predominante ● Invasivo, NOS ● Comedo ● Inflamatorio ● Medular con infiltración Linfocitico ● Mucinoso (coloide) ● Papilar ● Cirroso ● Tubular
LOBULAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In situ ▪ Invasivo con componente in situ ▪ Predominantemente Invasivo ▪ Pezón ○ Enfermedad de Paget, NOS ○ Enfermedad de Paget sin Carcinoma intraductal ○ Enfermedad de Paget con Carcinoma ductal invasivo
OTROS	NOS: no especificado de otra manera

Fuente: Sociedad Americana de Cáncer 2014
Autor: La Autora

TABLA N°3

Cuadro 58-2

Sistema de estadificación TNM para el cáncer de mama

Tumor primario (T)

- TX - No puede valorarse el tumor primario
 T0 - Sin evidencia de tumor primario
 Tis - Carcinoma *in situ*
 Tis (DCIS) - Carcinoma intraductal *in situ*
 Tis (LCIS) - Carcinoma lobular *in situ*
 Tis (Paget) - Enfermedad de Paget del pezón sin tumor; la que se asocia con tumor se clasifica de acuerdo al tamaño del tumor primario
 T1 - Tumor de 2 cm o menos en su dimensión mayor
 T1mic - Microinvasión de 0.1 cm o menos en su dimensión mayor
 T1a - Tumor mayor de 0.1 pero no más de 0.5 cm en su dimensión mayor
 T1b - Tumor mayor de 0.5 pero no más de 1 cm en su dimensión mayor
 T1c - Tumor mayor de 1 pero no más de 2 cm en su dimensión mayor
 T2 - Tumor de más de 2 pero no más de 5 cm en su dimensión mayor
 T3 - Tumor de más de 5 cm en su dimensión mayor
 T4 - Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a: a) pared del tórax o b) piel, sólo como se describe abajo:
 T4a - Extensión a la pared del tórax
 T4b - Edema (incluyendo "en cáscara de naranja") o ulceración de la piel de la mama, o ganglios satélites en la piel confinados a la misma mama
 T4c - Ambos (T4a y T4b)

La clasificación se basa en disección ganglionar axilar (ALND) con o sin disección del ganglio centinela (SLND). La clasificación basada en únicamente SLND sin ALND la cual debe asignarse (sn) [p. ej., pN0 (i+)(sn)].

- pNX - No se pueden valorar los ganglios linfáticos regionales (p. ej., removidos previamente, o no removidos para estudio de patología)
 pN0 - Sin metástasis a ganglios linfáticos; sin exámenes adicionales para buscar células aisladas del tumor (ITC) (ITC, se define como la presencia de células tumorales únicas o pequeños racimos no mayores de 0.2 mm, usualmente detectadas por métodos inmunohistoquímicos o moleculares, pero que pueden verificarse con hematoxilina y eosina (H&E). Las ITC no muestran evidencia por lo general de actividad tumoral (p. ej., proliferación, reacción estrómic).
 pN0 (i-) - Sin metástasis ganglionares histológicas y negativas por inmunohistoquímica (IHC).
 pN0 (i+) - Sin metástasis ganglionares histológicas pero positivas por IHC, sin ningún racimo mayor de 0.2 mm de diámetro
 pN0 (mol-) - Sin metástasis ganglionares histológicas, hallazgos moleculares negativos (reacción en cadena de polimerasa de transcriptasa inversa) (RT-PCR)
 pN0 (mol+) - Sin metástasis ganglionares histológicas, hallazgos moleculares positivos (por RT-PCR)
 pN1 - Metástasis en 1 a 3 ganglio(s) linfático(s) axilar(es) ipsolateral(es) y/o ganglios mamaros internos con enfermedad microscópica detectada por SLND, pero no aparentes clínicamente
 pN1mi - Micrometástasis (mayores de 0.2 mm, ninguna mayor de 2.0 mm)
 pN1a - Metástasis en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares
 pN1b - Metástasis a los ganglios linfáticos mamaros internos con enfermedad microscópica detectada por SLND pero no clínicamente aparentes
 pN1c - Metástasis en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares ipsolaterales y en ganglios mamaros internos con enfermedad microscópica detectada por SLND pero no

Ganglios linfáticos regionales: clasificación clínica (N)

- NX - No se pueden valorar los ganglios linfáticos regionales (p. ej., removidos previamente)
 N0 - Sin metástasis ganglionares regionales
 N1 - Metástasis a ganglios linfáticos axilares ipsolaterales móviles
 N2 - Metástasis a ganglios linfáticos ipsolaterales fijos o congelados, o en ganglios linfáticos mamaros internos en ausencia de metástasis evidentes a ganglios linfáticos axilares
 N2a - Metástasis a ganglios linfáticos axilares ipsolaterales fijos uno a otro (congelados) o a otras estructuras
 N2b - Metástasis sólo en ganglios linfáticos mamaros internos ipsolaterales clínicamente aparentes en ausencia de metástasis ganglionares axilares evidentes
 N3 - Metástasis a ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) ipsolateral(es) con o sin ganglios linfáticos axilares clínicamente evidentes o en ganglio(s) linfático(s) mamario(s) interno(s) ipsolateral(es) clínicamente aparente(s) y en la presencia de metástasis ganglionares axilares clínicamente evidentes o metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsolaterales con o sin afectación de ganglios mamaros internos o axilares
 N3a - Metástasis a ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) bilateral(es)
 N3b - Metástasis a ganglio(s) linfático(s) mamario(s) interno(s) ipsolateral(es) y ganglios linfáticos axilares clínicamente aparentes
 N3c - Metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsolaterales con o sin afectación de ganglios linfáticos mamaros internos o axilares

Ganglios linfáticos regionales: clasificación patológica (pN)

Sistema de estadificación TNM para el cáncer de mama

- pN2 - Metástasis en 4 a 9 ganglios linfáticos axilares o en ganglios linfáticos mamaros internos clínicamente aparentes en ausencia de ganglios linfáticos axilares positivos
 pN2a - Metástasis en 4 a 9 ganglios linfáticos axilares (cuando menos un depósito tumoral > 2 mm)
 pN2b - Metástasis en ganglios linfáticos mamaros internos clínicamente aparentes en ausencia de ganglios axilares positivos
 pN3 - Metástasis en 10 o más ganglios linfáticos axilares, o en los infraclaviculares, o en los mamaros internos clínicamente aparentes en presencia de uno o más ganglios axilares positivos; o en más de tres ganglios linfáticos axilares con metástasis microscópicas en los ganglios linfáticos mamaros internos clínicamente negativos; o en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsolaterales
 pN3a - Metástasis en 10 o más ganglios linfáticos axilares (cuando menos un depósito tumoral mayor de 2.0 mm), o metástasis a los ganglios infraclaviculares
 pN3b - Metástasis en ganglios linfáticos mamaros internos clínicamente aparentes en presencia de uno o más ganglios axilares positivos; o en más de tres ganglios linfáticos axilares con metástasis microscópicas en ganglios linfáticos mamaros internos detectados por SLND pero no clínicamente aparentes
 pN3c - Metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares axilares

Metástasis a distancia (M)

- MX - No se puede valorar metástasis a distancia
 M0 - Sin metástasis a distancia
 M1 - Metástasis a distancia

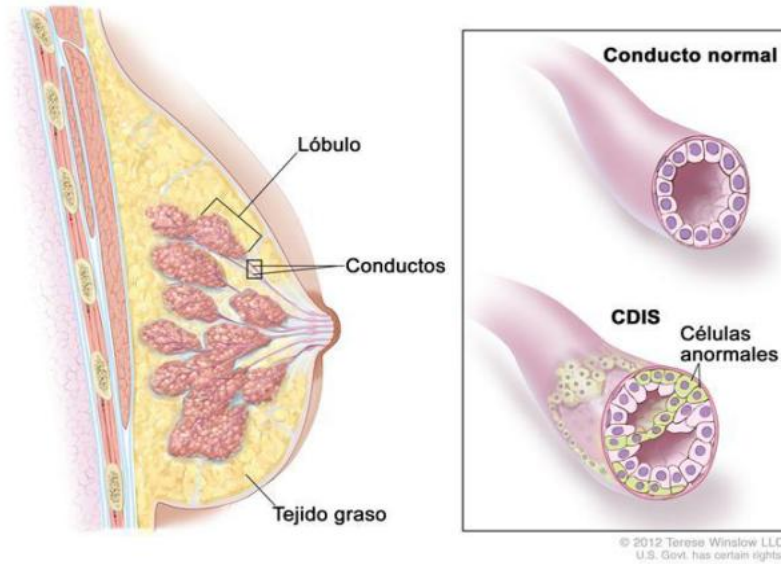
Agrupación por etapa TNM en cáncer de mama

- Etapa 0 - Tis N0 M0
 Etapa I - T1 N0 M0 (incluyendo T1mic)
 Etapa IIA - T0 N1 M0; T1 N1 M0 (incluyendo T1mic); T2 N0 M0
 Etapa IIB - T2 N1 M0; T3 N0 M0
 Etapa IIIA - T0 N2 M0; T1 N2 M0 (incluyendo T1mic); T2 N2 M0; T3 N1 M0; T3 N2 M0
 Etapa IIIB - T4 cualquier N M0
 Etapa IIIC - cualquier T N3 M0
 Etapa IV - cualquier T cualquier N M1

Usado con autorización del American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago Illinois. La fuente original de este material está en el Manual de Estadificación del Cáncer del AJCC, 6ª edición (2002) publicado por Springer-Verlag, Nueva York, www.springeronline.com

GRAFICO N° 1

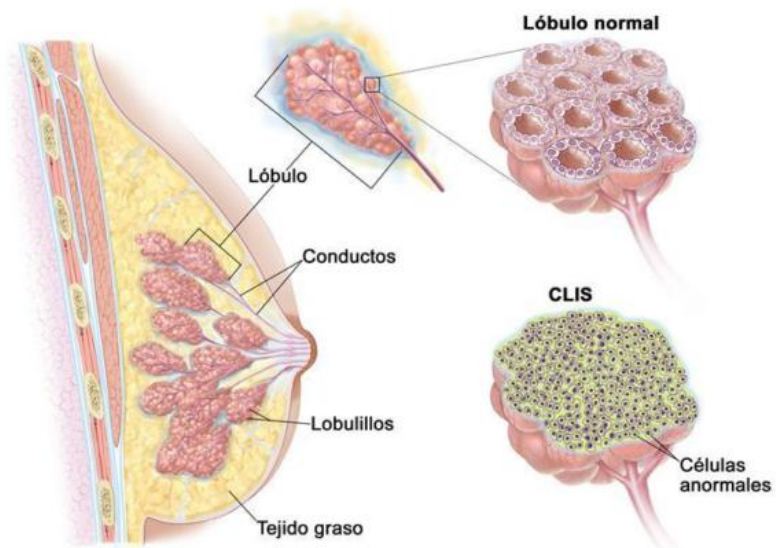
Carcinoma ductal in situ (CDIS)



Fuente: U.S. Govt has Certain rights 2012
Autora: TereseWinslow LLC

GRAFICO N° 2

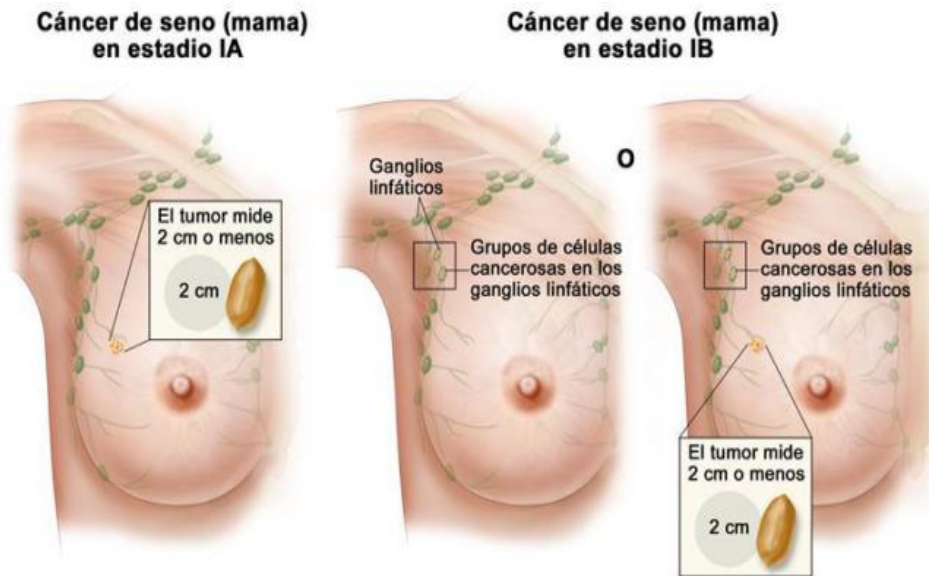
Carcinoma lobulillar in situ (CLIS)



Fuente: U.S. C
Autora: TereseWinslow LLC

GRAFICO N° 3

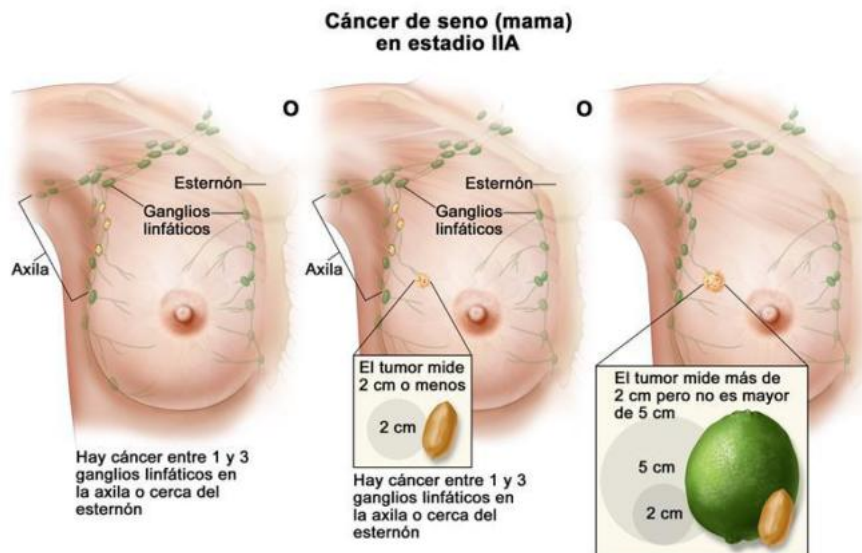
Estadio I



Fuente: U.S. Govt has Certain rights 2012
 Autora: TereseWinslow LLC

© 2012 Terese Winslow LLC
 U.S. Govt. has certain rights.

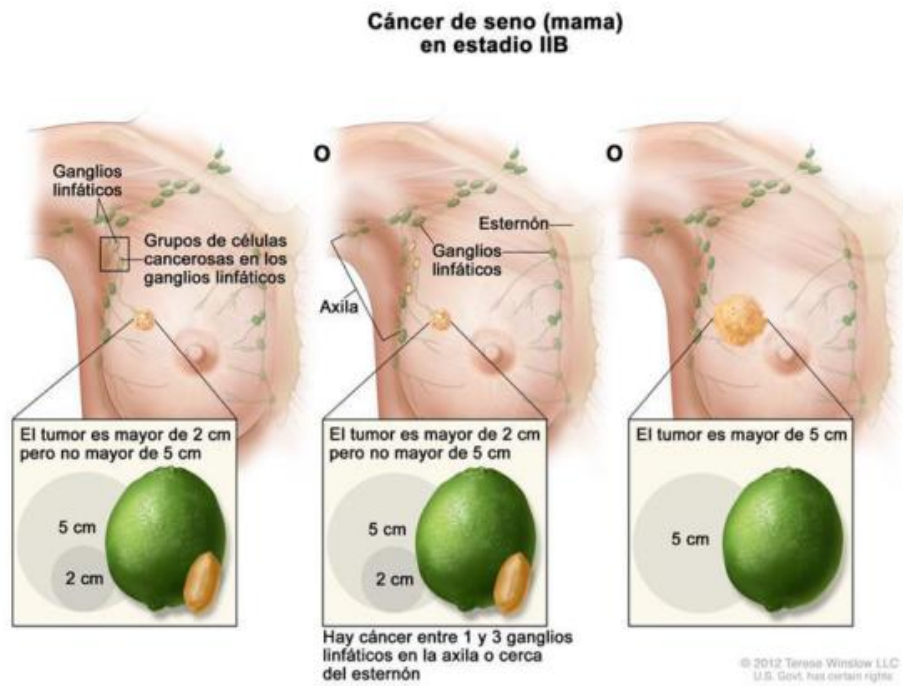
GRAFICO N° 4



Fuente: U.S. Govt has Certain rights 2012
 Autora: TereseWinslow LLC

© 2012 Terese Winslow LLC
 U.S. Govt. has certain rights.

GRÁFICO N° 5



Fuente: U.S. Govt has Certain rights 2012
Autora: TereseWinslow LLC

GRAFICO N° 6

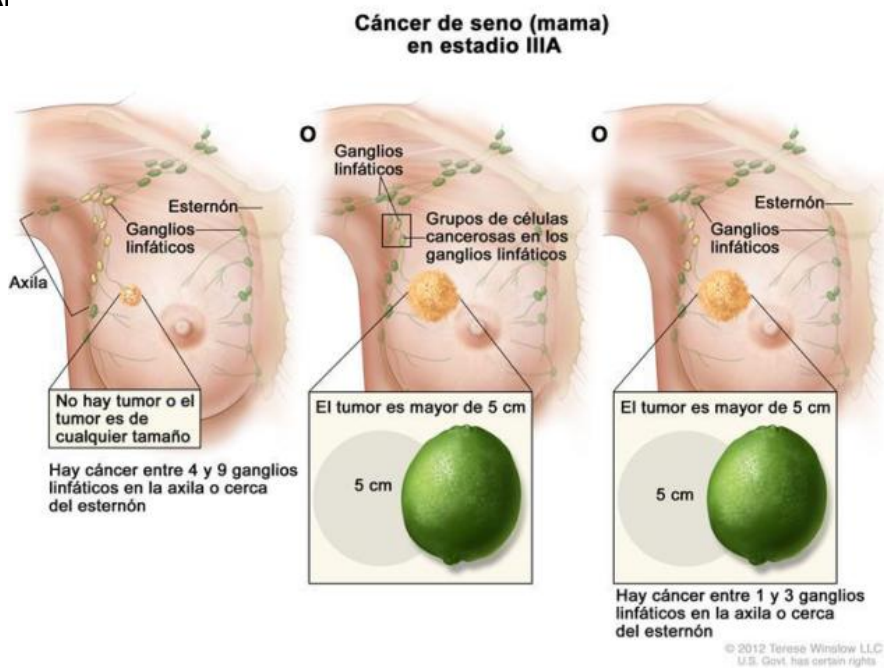
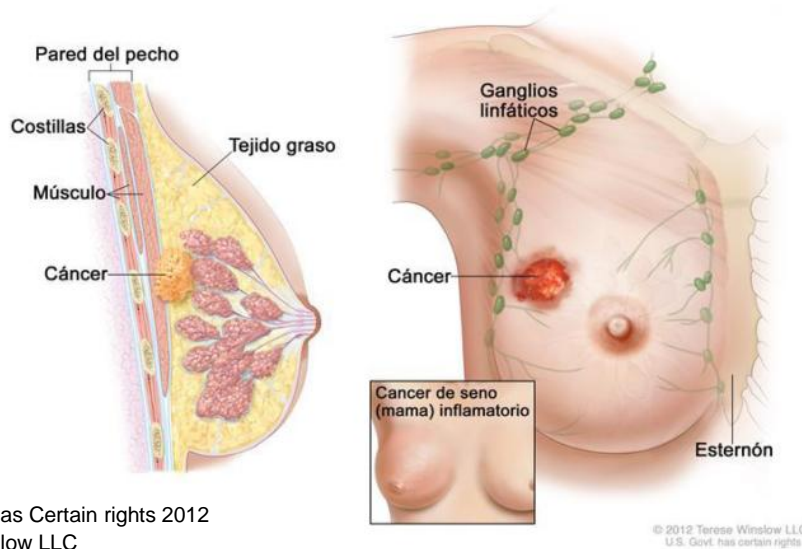


GRÁFICO N° 7

Cáncer de seno (mama) en estadio IIIB

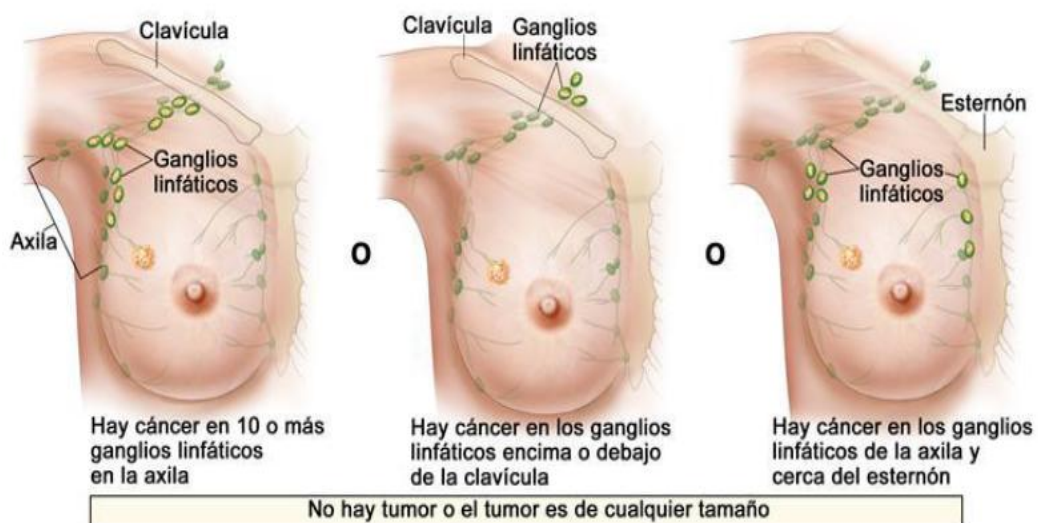


Fuente: U.S. Govt has Certain rights 2012
 Autora: TereseWinslow LLC

© 2012 Terese Winslow LLC
 U.S. Govt. has certain rights

GRAFICO N° 8

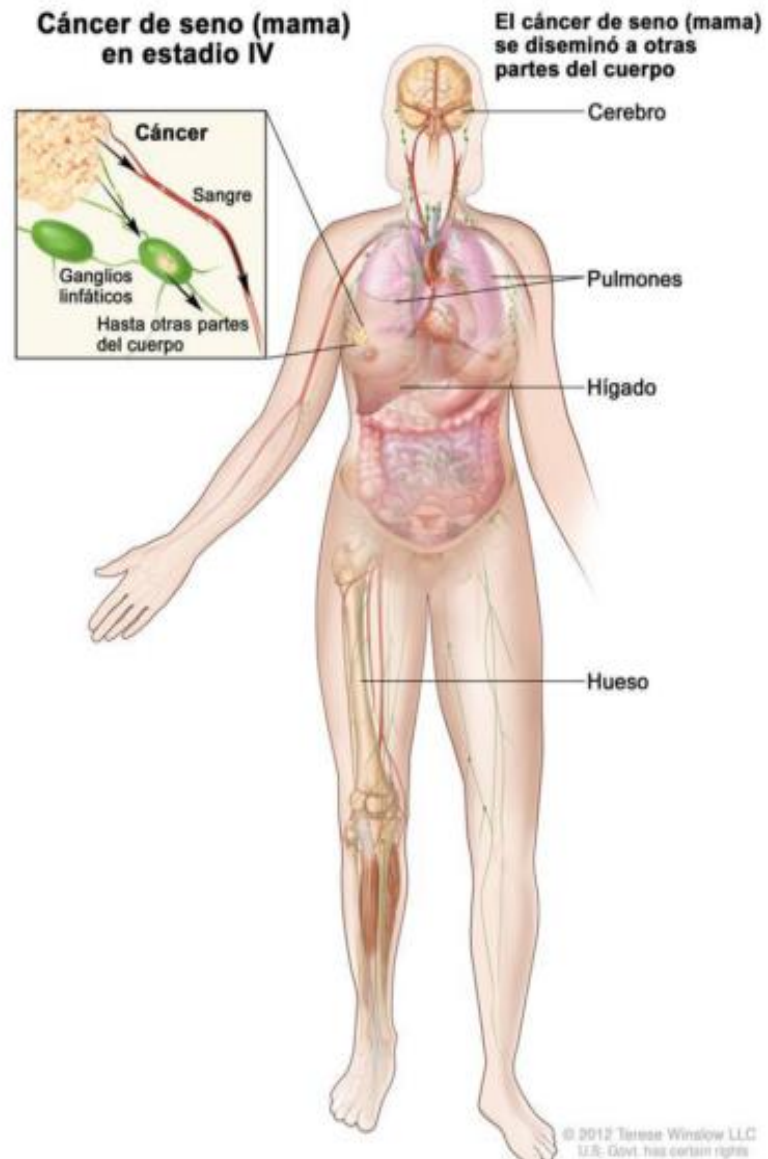
Cáncer de seno (mama) en estadio IIIC



Autora: TereseWinslow LLC

© 2012 Terese Winslow LLC
 U.S. Govt. has certain rights

GRÁFICO N° 9



Fuente: U.S. Govt has Certain rights 2012
Autora: TereseWinslow LLC

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÀREA DE LA SALUD HUMANA MEDICINA HUMANA

Encuesta dirigida a las pacientes tratadas con mastectomía en el Hospital de SOLCA que ha padecido de Cáncer de Mama

Estimada Sra. Srta.

Yo, Adriana Lourdes Cango Apolo estudiante de Décimo Módulo de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro realizando un estudio sobre los “Efectos Psicológicos y Sociales postmastectomía de Cáncer de Mama”, por lo que considero que usted es la persona indicada, que puede ayudarme contestando unas sencillas preguntas, asegurándole que todas sus respuestas serán de absoluta reserva. Su colaboración me será de gran valor.

¡Gracias!

DATOS GENERALES

- Edad:
- Ocupación:
- Escolaridad:
- Relaciones de pareja:
- Presencia de hijos:
- Lugar de residencia:
- Tipo de mastectomía:

INTRODUCCIÓN: Señale con un circulo la opción que considere correcta

1. ¿Te has sentido cohibido por tu apariencia?
SI NO
2. ¿Te has sentido menos atractiva físicamente como resultado de tu tratamiento?
SI NO
3. ¿Has estado insatisfecha con tu apariencia al vestirse?
SI NO
4. ¿Te has sentido menos femenina como resultado del tratamiento?
SI NO

5. ¿Te has sentido menos atractiva sexualmente como resultado del tratamiento?
SI NO
6. ¿Has evitado a la gente por la forma en la que te sentías acerca de tu apariencia?
SI NO
7. ¿Has sentido que el tratamiento ha dejado a tu cuerpo menos completo?
SI NO
8. ¿Te has sentido insatisfecha con tu cuerpo?
SI NO
9. ¿Has sentido que algún miembro de tu familia te ha demostrado miedo?
SI NO
10. ¿Has sentido que algún miembro de tu familia te ha demostrado hostilidad?
SI NO
11. ¿Has sentido que algún miembro de tu familia te ha separado o aislado?
SI NO
12. ¿Has sentido que algún miembro de tu familia te ha ocultado afectividad?
SI NO
13. ¿Has sentido que algún miembro de tu familia te ha demostrado Apoyo?
SI NO
14. ¿Te has sentido con incapacidad para volver al trabajo o relacionarte con el resto de personas?
SI NO
15. ¿Ha existido algún cambio en la seguridad en el empleo?
SI NO
16. ¿Ha existido pérdida de progreso en tu empleo?
SI NO

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

TABLA I. ESCALA DE HAMILTON PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)
 0. Ausente
 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado
 2. Estas sensaciones las relatan espontáneamente
 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto
 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad
 0. Ausente
 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
 2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
 3. Siente que la enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad
 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio
 0. Ausente
 1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
 3. Ideas de suicidio o amenazas
 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio)
4. Insomnio precoz
 0. No tiene dificultad
 1. Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
 2. Dificultad para dormir cada noche
5. Insomnio intermedio
 0. No hay dificultad
 1. El paciente se queja de estar desvelado e inquieto durante la noche
 2. Está despierto durante la noche (cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica 2, excepto por motivos de evacuar)
6. Insomnio tardío
 0. No hay dificultad
 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades
 0. No hay dificultad
 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
 2. Pérdida de interés en su actividad, disminución en la atención, indecisión y vacilación
 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad
 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Sólo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda
8. Inhibición psicomotora (lentitud del pensamiento y de la palabra, facultad de concentración disminuida; actividad motora disminuida)
 0. Palabra y pensamiento normales
 1. Ligero retraso en el diálogo
 2. Evidente retraso en el diálogo
 3. Dificultad para expresarse
 4. Incapacidad para expresarse
9. Agitación
 0. Ninguna
 1. "Juega" con sus manos, cabellos, dedos
 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos
10. Ansiedad psíquica
 0. No hay dificultad
 1. Tensión subjetiva e irritabilidad
 2. Preocupación por las pequeñas cosas
 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o el habla
 4. Expresa sus temores sin que le pregunten
11. Ansiedad somática. Signos físicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos), cardiovasculares (palpitaciones, cefalea), respiratorios (hiperventilación, suspiros), aumento de frecuencia urinaria y sudoración
 0. Ausente
 1. Ligera
 2. Moderada
 3. Severa
 4. Incapacitante
12. Síntomas somáticos gastrointestinales
 0. Ninguno
 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez de abdomen
 2. Dificultad de comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales
 0. Ninguno
 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgia. Cefalea. Algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad
 2. Cualquier síntoma bien definido
14. Síntomas genitales, como pérdida de la libido o trastornos menstruales
 0. Ausente
 1. Débil
 2. Grave
15. Hipocondría
 0. No la hay
 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)
 2. Preocupado por su salud
 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayuda
 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)
 - A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración)
 0. No hay pérdida de peso
 1. Probable pérdida de peso asociado con la enfermedad actual
 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)
 - B. Según pesaje en valoraciones siguientes
 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
 1. Pérdida de más de 500 g en una semana

17. Conciencia de sí mismo
0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo
 1. Se da cuenta de su enfermedad, pero lo atribuye a una mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, falta de descanso, etc.
 2. Niega que esté enfermo
18. Variación diurna (indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde)
0. Ausente
 1. Ligera M T
 2. Grave M T
19. Despersonalización y falta de realidad
0. Ausente
 1. Ligera, como sensación de irrealidad
 2. Moderada. Ideas nihilistas
 3. Grave
 4. Incapacitante
20. Síntomas paranoides
0. Ninguno
 1. Sospechosos
 2. Leves
 3. Ideas de referencia
 4. Delirios de referencia y de persecución
21. Síntomas obsesivos y compulsivos
0. Ausentes
 1. Ligeros
 2. Graves
22. Otros síntomas (especificar)
0. Ausentes
 1. Ligeros
 2. Graves

Gracias por su colaboración

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO: “EFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES POSTMASTECTOMIA DE CANCER DE MAMA EN MUJERES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL DE SOLCA LOJA”

INVESTIGADORA: Adriana Cango. Estudiante del Décimo Módulo de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

El estudio ha sido aprobado por la Dra. Verónica Vélez, Medico Psiquiatra y docente del área de la salud humana de la Universidad Nacional de Loja. El estudio indica que no habrá daños para el paciente para lo cual su participación consiste en responder la encuesta planteada, la participación en el estudio ocupara aproximadamente de 15 a 20 minutos de su tiempo. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o participar en ella.

Su participación en el estudio es voluntaria es decir no tiene ninguna obligación de participar. La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted; su identidad no se publicara durante la realización del estudio, ni una vez que haya sido publicado. Toda la información del estudio que será recopilado se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso.

He leído el formulario de consentimiento informado y voluntariamente consiento participar en este estudio.

FECHA: _____

FIRMA

He explicado en que consiste mi estudio y la participación voluntaria de la persona y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

FECHA: _____

FIRMA

Loja, 27 de septiembre de 2014

Licenciado.


Galo Rodrigo Patiño Quezada

Docente del Idioma Inglés de la Escuela Fiscal Alonso de Mercadillo

CERTIFICA:

Que el resumen de Tesis titulada "EFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES POSTMASTECTOMIA DE CANCER DE MAMA EN MUJERES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL DE SOLCA-LOJA", realizado por la Señorita Egresada Adriana Lourdes Cango Apolo, con cédula de identidad 1105654766, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, ha sido debidamente traducido por mi persona.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.


.....
Licenciado.

Galo Rodrigo Patiño Quezada

1103195093

PERFIL DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

- **TITULO:**

**EFECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES
POSTMASTECTOMIA DE CANCER DE MAMA EN
MUJERES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN
EL HOSPITAL DE SOLCA-LOJA**

Autor:

Adriana Lourdes Cango Apolo

• PROBLEMÁTICA

El cáncer de mama presenta diferentes características; es una enfermedad multifocal, multifactorial, polimorfa y heterogénea, se desarrolla y crece en un terreno individualizado, tiene expresiones biológicas concretas y fases bien definidas, por lo que reclama de un tratamiento selectivo. (Díaz, Revista Cubana, 2002)

La referencia de cáncer mamario data desde la época de 3.000 años AC, pero en la última mitad del siglo XX dicha enfermedad ha llegado a constituirse el cáncer más frecuente en las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. En 2012 murieron 521.000 mujeres por cáncer de mama a nivel mundial. (OMS, Artículo, 2010)

La incidencia del cáncer de mama aumentó un 20% entre 2008 y 2012, con 1,67 millones de nuevos casos diagnosticados en el año 2011, lo que lo convierte en el segundo tipo de cáncer más común en el mundo. La mortalidad de este tipo de cáncer se incrementó en esos cuatro años un 14%. (IARC, 2010)

La prevalencia y mortalidad del cáncer de mama irá en aumento en los próximos años, ya que según las previsiones de la OMS, para 2025 habrá hasta de 2,5 millones de nuevos casos y hasta 800.000 muertes. (OMS, 2011)

El cáncer de mama se perfila como un problema de salud pública de primer orden que va en incremento, con importantes repercusiones tanto físicas como a nivel psicológico. En Ecuador, este cáncer ocupa el primer lugar en frecuencia de todos los tumores malignos (INEC, 2011) con una frecuencia de alrededor de 3673 casos que representa 6.98% del total de egresos hospitalarios. (INEC, 2011). En la Provincia de Loja existen alrededor de 273 casos de cáncer de mama en el año 2011, representando el segundo lugar de tumores malignos después del Leiomioma del útero. (INEC, 2011)

En Ecuador, como en la mayoría de los países del Tercer Mundo, el mayor porcentaje de casos se diagnostica cuando el cáncer de mama está muy avanzado y las posibilidades terapéuticas de curación son muy limitadas. (SOLCA, 2012)

Los recursos terapéuticos han ido desde la cirugía, radiaciones, ionizaciones, quimioterapia (hormonas y drogas antitumorales) (Díaz, Revista Cubana, 2002). A pesar de que la cirugía como opción de tratamiento ha disminuido, alrededor de un 30% de las mujeres con cáncer de mama continúan requiriendo una mastectomía (Fallbjörk U, 2013), la cual puede ser completa o parcial; la primera se basa en la extirpación de la mama con la piel que la recubre, los músculos pectorales y los ganglios linfáticos axilares, técnica diseñada por Halstedse, y el segundo es la extirpación de la mama, el pezón y el complejo areolar. (Berek, 2014).

Así pues, al revisar la literatura se encontraron criterios autorizados como el del profesor Jorge Psillakis, quien plantea que la pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos. Estos dependerán de su edad, sus hijos, su esposo, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, auto-desvaloración, etc.; (Argelia, 2013)

Existen patrones consistentes de la mujer respecto a la mastectomía como: amenaza de una enfermedad fatal, impacto de la pérdida de mama en la imagen corporal y apariencia, disminución de la sensación femenina, decremento del atractivo y función sexual, miedo a la recurrencia y sentimiento de culpa. (OncoVida, 2010)

Algunos estudios indican que entre un 10-56% de las mujeres estudiadas tras la mastectomía presentan algún grado de incapacidad de la función social, familiar y emocional. (Lara. 2010). Por lo general la familia reacciona con miedo, hostilidad, ansiedad y sentimientos de culpa. Todas estas reacciones usualmente se manifiestan bien sea por un proceso de separación y/o aislamiento en general o bien por una ocultación de la afectividad y por una alteración de las respuestas emocionales. (J.M. del Val Gil*, 2010)

A nivel social las pacientes sienten incapacidad para volver al trabajo, la pérdida de la seguridad en el empleo, una eventual pérdida del progreso en su carrera profesional son hechos especialmente dolorosos para el ego de las pacientes. (Martinez, 2014)

A pesar de todo lo anteriormente expuesto y conociendo los altos índices de cáncer de mama y mastectomías en la ciudad de Loja, aún no se ha logrado identificar las repercusiones

psicológicos y sociales en estas pacientes, por tanto es conveniente hacer la siguiente pregunta de investigación: “¿Cuáles son los efectos psicológicos y sociales que ocasiona la mastectomía como tratamiento de cáncer de mama en las mujeres atendidas por consulta externa en SOLCA – Loja?”.

• JUSTIFICACIÓN

Para una mujer las mamas son sin duda uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. (Pierre Thomas Claudet*, 2011)

El cáncer de mama en sus inicios fue tratado mediante procedimientos farmacológicos, lo cual no producía los resultados esperados, llevando en algunas ocasiones a metástasis y posteriormente la muerte, sin embargo en la actualidad el aumento en frecuencia de cáncer de mama, ha requerido la búsqueda de nuevos y mejores tratamientos, así destacan métodos quirúrgicos, los cuales logran mejorar la salud física de las paciente, sin embargo al ser un método invasivo en algunos casos puede afectar psicológica y socialmente.

La presente investigación es motivada por la necesidad de conocer los efectos psicológicos y sociales que puede originar la mastectomía en las mujeres atendidas en el Hospital de SOLCA-Loja, que es el segundo tratamiento de elección para la resolución del cáncer de mama.

Este hecho trae consigo un gran impacto social y psicológico, ya que este tratamiento puede ser experimentado como un serio impacto a la imagen corporal, causando daño a la autoestima de la mujer, constituyéndose en un evento altamente estresante para ellas, como lo afirma un reporte del Instituto Americano del Cáncer: " la perdida física, psicológica y social, que resulta del tratamiento del cáncer, es un determinante importante de la calidad de vida de las pacientes".

Tradicionalmente, las pacientes mastectomizadas por cáncer han sido estudiadas en términos de su supervivencia, pero aún no se ha mostrado interés en considerar los efectos psicológicos, y sociales que ocurren posteriores a la mastectomía, aspecto de gran importancia, si se considera que el trauma emocional que resulta del diagnóstico y tratamiento del cáncer puede ser potencialmente más dañino para el paciente, que el cáncer en sí mismo.

Al lograr la identificación de estos efectos, se obtendrá información que podría servir de base para la implementación de pautas institucionales o protocolos con el objetivo de mejorar la atención de las pacientes con cáncer de seno mastectomizadas y a la vez lograr que los profesionales de la salud y la familia de cada paciente, logren el perfeccionamiento de su cuidado.

- **OBJETIVO GENERAL**

Conocer los efectos psicológicos y sociales que ocasiona la mastectomía como tratamiento de cáncer de mama en las mujeres atendidas por consulta externa del Hospital de SOLCA –Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, que son atendidas en consulta externa en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Loja.
2. Averiguar los efectos psicológicos en las mujeres postmastectomizadas por Cáncer de Mama.
3. Identificar los efectos sociales en las mujeres postmastectomizadas por Cáncer de Mama.

• ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES
 - 1.1. Estadios del cáncer de mama
 - 1.2. Epidemiología del cáncer de mama
 - 1.3. Tratamiento de cáncer de mama
2. MASTECTOMIA
 - 2.1. Definición
 - 2.2. Epidemiología
 - 2.3. Estudios realizados en pacientes mastectomizadas
3. EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE OCASIONA LA MASTECTOMIA
 - 3.1. Depresión
 - 3.1.1. Definición
 - 3.1.2. Indicadores
 - 3.2. Baja Autoestima
 - 3.2.1. Definición
 - 3.2.2. Indicadores
 - 3.3. Ansiedad
 - 3.3.1. Definición
 - 3.3.2. Indicadores
 - 3.4. Epidemiología
 - 3.5. Estudios Detallados
4. EFECTOS SOCIALES QUE OCASIONA LA MASTECTOMIA
 - 4.1. Parámetros
 - 4.1.1. Miedo
 - 4.1.2. Hostilidad
 - 4.1.3. Ansiedad
 - 4.1.4. Sentimientos de culpa
 - 4.1.5. Separación o Aislamiento
 - 4.1.6. Ocultación de Afectividad
 - 4.1.7. Apoyo
 - 4.2. Epidemiología
 - 4.3. Estudios Detallados

5. EFECTOS FAMILIARES QUE OCASIONA LA MASTECTOMIA

5.1. Parámetros

5.1.1. Incapacidad para volver al trabajo.

5.1.2. Pérdida de seguridad del empleo

5.1.3. Pérdida de progreso

5.2. Epidemiología

5.3. Estudios Detallados

• **METODOLOGIA**

Tipo de diseño: Estudio Descriptivo que se realizara en el Hospital de SOLCA durante el primer semestre del año 2015

Unidad de Análisis: Mujeres que acuden a consulta externa de SOLCA por cáncer de mama.

Criterios de Inclusión:

- φ Pacientes mastectomizadas atendidas en el Hospital de SOLCA Loja, que deseen participar voluntariamente y que firmen el consentimiento informado, después de seis meses posteriores a la cirugía.

Criterios de Exclusión:

- φ Mujeres que acuden a consulta externa de SOLCA que se han realizado mastectomía por cáncer de mama y que tengan otro tipo de cáncer.
- φ Pacientes mastectomizadas sin consentimiento informado firmado.

Universo: Mujeres que acuden a consulta externa de SOLCA por patología mamaria.

Variables y operacionalización:

• **PROCEDIMIENTO**

1. Objetivo: Identificar los casos de Cáncer de Mama tratados con mastectomía en el Hospital de SOLCA Loja.

- ACTIVIDAD:

- *Coordinación para la recolección de datos
- *Validación de formulario para recolección de datos
- *Identificación de casos de Cáncer de Mama tratados con mastectomía

- MÉTODO:

- *Revisión de historia clínica Y Protocolos Operatorios de las pacientes.
- *Registro de los datos obtenidos en un formulario.

- MATERIALES:

- *Computadora, Internet, material de escritorio, reproducciones, formulario, bibliografía y software para análisis SPSS.

- ANÁLISIS:

- *Tabulación y análisis de información.

2. Objetivo: Determinar los efectos psicológicos en las mujeres con Cáncer de Mama tratadas con Mastectomía.

- ACTIVIDAD:

- *Elaboración y Validación de los test que se van aplicar a las pacientes.

- *Estimación de los efectos psicológicos postquirúrgicos en pacientes mastectomizadas.

- MÉTODO:

- *Aplicación de test de Ansiedad de Hamilton, Depresión de Hamilton y Autoestima de Rosemberg, a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama realizadas la mastectomía.

- MATERIALES:

- *Material de escritorio y formularios de encuesta.

- ANÁLISIS:

- *Tabulación y Análisis de las encuestas se realizará en SPSS.

3. Objetivo: Establecer los efectos sociales en las mujeres con Cáncer de Mama cuyo tratamiento ha sido la Mastectomía.

- ACTIVIDAD:

- *Elaboración y Validación de la encuesta que se va aplicar a las pacientes.

*Estimación de los efectos sociales postquirúrgicos en pacientes mastectomizadas.

○ MÉTODO:

*Aplicación de encuesta a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama realizadas la mastectomía.

○ MATERIALES:

*Material de escritorio y formularios de encuesta.

○ ANÁLISIS:

*Tabulación de las encuestas y se hará en SPSS.

4. Objetivo: Analizar los factores predisponentes para el desarrollo de los efectos psicológicos y sociales de las pacientes mastectomizadas

○ ACTIVIDAD:

*Validación de formulario para recolección de datos

*Identificación los factores predisponentes de efectos psicológicos y sociales de la mastectomía.

○ MÉTODO:

*Registro de los datos obtenidos en un formulario.

○ MATERIALES:

*Computadora, Internet, material de escritorio, reproducciones, formulario, bibliografía y software para análisis SPSS.

○ ANÁLISIS:

*Tabulación y análisis de información.

5. Objetivo. Diseñar un plan de intervención y prevención de los efectos de cáncer de mama tratados con mastectomía.

- ACTIVIDAD:

- *Elaboración de un plan de intervención y prevención.

- MÉTODO:

- *Análisis de los resultados y planteamiento de propuesta.

- MATERIALES:

- *Material de escritorio y resultados de investigación.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Cáncer de mama	Proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular (Society, 2014)	Alteración de la estructura celular.	Estadio de cáncer.	0 I II III A III B III C IV
Mastectomía	Procedimiento quirúrgico de extirpación de mama que puede ser de varios tipos. (Chisholm, 2012)	Extracción de la mama.	Tipo de mastectomía.	Radical Simple
Aspectos Psicológicos	Impresión que un acontecimiento o una circunstancia como la mastectomía afecta en el estado psicológico de las pacientes, con síntomas principales como depresión, ansiedad y baja autoestima. (López, 2010)	Depresión	Humor deprimido	Ausente Al preguntar Relata espontáneamente Manifiesta forma no verbal Manifiesta forma verbal y no verbal
			Sensación de culpabilidad	Ausente Se culpa a si mismo Tiene ideas de culpa Siente que la enfermedad es un castigo Oye voces acusatorias

			Suicidio	<p>Ausente</p> <p>Le parece que la vida no vale la pena vivirla</p> <p>Desearía estar muerto</p> <p>Ideas de suicidio</p> <p>Intentos de suicidio</p>
			Insomnio precoz	<p>No tiene dificultad</p> <p>Dificultad ocasional</p> <p>Dificultad para dormir</p>
			Insomnio intermedio	<p>No hay dificultad</p> <p>Desvelo o inquietud</p> <p>Despierto durante la noche</p>
			Insomnio tardío	<p>No hay dificultad</p> <p>Se despierta en la madrugada pero vuelve a dormir</p> <p>No puede volver a dormir</p>
			Trabajo y actividades	<p>No hay dificultad</p> <p>Ideas y sentimientos de incapacidad</p> <p>Perdida de interés</p> <p>Disminución de tiempo dedicado a actividades</p> <p>Dejó de trabajos por la enfermedad</p>
			Inhibición psicomotora	<p>Palabra y pensamiento normales</p> <p>Ligero retraso en dialogo</p>

				<p>Evidente retraso en dialogo</p> <p>Dificultad para expresarse</p> <p>Incapacidad para expresarse</p>
			Agitación	<p>Ninguna</p> <p>“Juega” con cabello, dedos</p> <p>Se retuerce las manos</p>
			Ansiedad psíquica	<p>No hay dificultad</p> <p>Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>Actitud aprensiva</p> <p>Expresa sus temores</p>
			Ansiedad somática	<p>Ausente</p> <p>Ligera</p> <p>Moderada</p> <p>Severa</p> <p>Incapacitante</p>
			Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>Ninguna</p> <p>Pérdida de apetito</p> <p>Dificultad de comer</p>
			Síntomas somáticos generales	<p>Ninguno</p> <p>Pesadez en extremidades</p> <p>Cualquier síntoma bien definido</p>
			Síntomas genitales (pérdida	<p>Ausente</p>

--	--

de libido, trastornos menstruales)	Débil Grave
Hipocondría	No la hay Preocupad de sí mismo Preocupado de su salud Se lamenta constantemente Ideas delirantes
Pérdida de peso	<ul style="list-style-type: none"> Según paciente No hay Probable pérdida Pedida de peso definida
	<ul style="list-style-type: none"> Según pesaje Pérdida <500gr en una semana Pérdida >500gr en una semana Pérdida >1kg en una semana
Conciencia de si mismo	Se da cuenta que esta deprimido Se da cuenta de su enfermedad Niega que esta enfermo
Variación diurna	Ausente Ligera MT Grave MT
Despersonalización y falta de realidad	Ausente Ligera

			Moderada Grave Incapacitante
		Síntomas paranoides	Ninguno Sospechosos Leves Ideas de referencia Delirios de referencia
		Síntomas obsesivos y compulsivos	Ausentes Ligeros Graves
		Otros síntomas	Ausentes Ligeros Graves
	Ansiedad	Estado de ánimo ansioso.	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante
		Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse,	Ausente Leve Moderado Grave

				Incapacitante
			Temores.	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante
			Insomnio.	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante
			Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante
			Estado de ánimo deprimido.	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante
			Síntomas somáticos generales (musculares)	Ausente Leve

				Moderado Grave Incapacitante
			Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante
			Síntomas cardiovasculares.	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante
			Síntomas respiratorios.	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante
			Síntomas gastrointestinales.	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante

			Síntomas genitourinarios.	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante
			Síntomas autónomos.	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante
			Comportamiento en la entrevista	Ausente Leve Moderado Grave Incapacitante
		Baja Autoestima	Siento que soy una persona digna de aprecio, en igual medida que los demás	Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
			Estoy convencido que tengo cualidades buenas	Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

			Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
			Tengo una actitud positiva hacia mi misma	Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
			En general estoy satisfecha de mi misma	Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
			Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa	Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
			En general, me inclino a pensar que soy una fracasada	Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
			Me gustaría poder sentir más respeto por mi misma	Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo

				Muy en desacuerdo
			Hay veces que realmente pienso que soy una inútil	Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
			A veces creo que no soy buena persona.	Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
Aspectos Familiares	Reacciones de la pareja, que generalmente agravan el problema, ya que en lugar de tratar de tranquilizar al paciente, no es infrecuente que, por falta de conocimientos, se muestren con miedo, hostilidad, separación. (Breastcancer, 2015)	Aspectos Clínicos	Has sentido que algún miembro de tu familia te ha demostrado miedo	Si No
			Has sentido que algún miembro de tu familia te ha demostrado hostilidad	Si No
			Has sentido que algún miembro de tu familia te ha Separado o Aislado	Si No
			Has sentido que algún miembro de tu familia te ha Ocultado afectividad	Si No

			Has sentido que algún miembro de tu familia te ha demostrado Apoyo	Si No
Aspectos Sociales	Situación que refleja los efectos de la mastectomía en la paciente y a su entorno especialmente a nivel laboral y progreso personal (SciELO, 2015)	Aspectos Clínicos	Te has sentido con incapacidad para volver al trabajo o relacionarte con el resto de personas	Si No
			Ha sentido algún cambio en la seguridad en el empleo	Si No
			Ha sentido pérdida de progreso en tu empleo	Si No

PROPUESTA DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL PROYECTO DE TESIS AÑO 2015

ACTIVIDADES PARA LA INVESTIGACIÓN	DURACIÓN / MESES																																				
	1				2				3				4				5				6				7				8								
Elaboración del Proyecto	X	X	X	X																																	
Aprobación del proyecto					X	X																															
Revisión y redacción de la revisión de literatura.					X	X	X																														
Objetivo 1																																					
• Coordinación para la recolección de datos							X	X																													
• Validación de formulario para recolección de datos								X																													
• Revisión de historia clínica Y Protocolos Operatorios de las pacientes.									X	X																											
• Registro de los datos obtenidos en un formulario.									X	X																											
Objetivo 2									X	X																											
• Elaboración y Validación de la encuesta que se va aplicar a las pacientes.									X	X																											
• Aplicación de encuesta a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama realizadas la mastectomía.											X	X	X	X	X	X																					
• Tabulación y Análisis de las encuestas																	X	X																			
Objetivo 3									X	X																											
• Elaboración y Validación de la encuesta que se va aplicar a las pacientes.									X	X																											
• Aplicación de encuesta a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama realizadas la mastectomía.											X	X	X	X	X	X																					
• Tabulación y Análisis de las encuestas																	X	X																			
Objetivo 4																																					
• Elaboración de una estrategia para dar a conocer los resultados de la investigación.																			X	X																	
Contrastación de los resultados																			X	X																	
Elaboración del Informe Final de tesis																					X	X	X	X													
Sustentación Privada																												X									
Corrección de Tesis																											X	X									
Presentación de la versión final de Tesis																																X	X				
Disertación Pública de la Tesis																																				X	

• PRESUPUESTO

De acuerdo al título la investigación tendrá un costo de \$1.140,00 en relación al siguiente detalle.

PRESUPUESTO PARA PROYECTO DE TESIS DESCRIPCIÓN DE COSTOS.

Descripción	Costo
Elaboración del Proyecto	200.00
Material de escritorio	90.00
Material bibliográfico	80.00
Movilización	80.00
Internet	70.00
Flash Memory	20.00
Copias	40.00
Impresión de Paper	90.00
Impresión de la tesis	300.00
Impresiones en general	90.00
Imprevistos	80.00
TOTAL	1140.00

Elaboración: La autora

• BIBLIOGRAFÍA

- Argelia, M. (Junio de 2005). *Revista Venezolana de Oncología*. Obtenido de Scielo:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822005000200010&script=sci_arttext
- Berek, S. (2014). Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-cancer-ginecologico-evolucion-su-frecuencia-90357904>
- Breastcancer. (2015). *Blog*. Obtenido de
<http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/mastectomia/esperar>
- Chisholm, A. (Octubre de 2012). *Blog*. Obtenido de
<http://surgery.med.nyu.edu/content?ChunkIID=103921>
- Diaz, L. (2002). *Revista Cubana*. Obtenido de
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_01_02/mil08102.htm
- Diaz, L. (2012). *Revista Cubana*. Obtenido de
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_01_02/mil08102.htm
- Fallbjörk U, R. B. (2013). Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23083641>
- IARC. (2010). *Blog*. Obtenido de <http://www.iarc.fr/>
- INEC. (2011). Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- J.M. del Val Gil*, M. L. (2010). *Revista*. Obtenido de
http://aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2001/Enero2.pdf
- López, Z. (2010). *Artículo*. Obtenido de
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema01.htm>
- Martinez, L. (16 de Mayo de 2014). *Tesis*. Obtenido de <https://addi.ehu.es/handle/10810/13007>
- OMS. (2011). Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- OMS. (2008). *Artículo*. Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- OMS. (2011). *Artículo*. Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- OMS. (2010). *EPIDEMIOLOGIA MASTECTOMIA*.
- OncoVida. (2010). *Revista*. Obtenido de www.seom.org/publicaciones/publicaciones/103150-coleccion-oncovida

Onix, P. (2015). *Blog*. Obtenido de www.ijh.com

Pierre Thomas Claudet*, F. S. (2011). *Artículo*. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v6n2/art4.pdf>

Robinson, N. S. (1981). *Mastectomía, Guía para la paciente operada de mama*. . Buenos Aires: Lidium.

Scielo. (2015). *Revista Venezolana de Oncología*. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822005000200010&script=sci_arttext

Society, A. C. (2014). *Blog*. Obtenido de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-que-es-que-es-cancer-de-seno>

SOLCA. (Diciembre de 2012). *Scielo*. Obtenido de <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v10n2/v10n2a03.pdf>

WAGNER, F. (1993). Historia de la enfermedad mamaria y su tratamiento. . En F. WAGNER, *Bland y Copeland. La Mama: Manejo Interdisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. (págs. 25 - 44). Buenos Aires: Medica Panamericana.