

**MODELO DE COMUNICACIÓN INTEGRAL EN LA RELACIÓN MÉDICO –  
PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA DESDE EL AREA NUTRICIONAL,  
PSICOLOGICA, FERTILIDAD Y AMBITO LABORAL**

**HEIDY LAURA MOLINA MONTOYA**

**HEIDY NATALIA CARMONA CADAVID**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
MEDELLIN**

**2019**

## CONTENIDO

<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	5
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	10
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	12
<b>4.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	12
<b>4.2 OBJETIVO ESPECIFICO</b> .....	12
<b>5. MARCO TEORICO</b> .....	13
<b>6. DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR</b> .....	21
<b>6.1 Reglamentación expedida por el Ministerio de salud</b> .....	21
<b>6.2. Metodología para el rastreo de la información</b> .....	23
<b>7. RESULTADOS</b> .....	24
7.1 Rastreo bibliográfico exhaustivo entorno al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer de mama.....	24
7.1.2. Pronóstico .....	29
7.1.3. Tratamiento.....	31
7.3 Conocer las necesidades de información para las pacientes con cáncer de mama en los temas de nutrición, psicología, fertilidad y ámbito laboral.....	39
7.4 Desarrollar un modelo de comunicación que permita mejorar la comunicación médico-paciente para brindar información completa sobre el cáncer de mama. ....	43
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	50

Figura 1. Matriz bibliográfica de artículos científicos y guías de atención al usuario.....	24
Figura 2. Matriz bibliográfica de aplicaciones móviles.....	25
Figura 3. Criterios clínicos de cáncer de mama hereditario/familiar.....	26
Figura 4. Calsificación TNM para la estadificación del cáncer.....	27
Figura 5. Clasificación TNM. Ganglios linfáticos regionales.....	28
Figura 6. Clasificación TNM. Metástasis distantes.....	28
Figura 7. Agrupación por estadios.....	29
Figura 8. Evolución de los tumores.....	32
Figura 9. Barreras de los servicios de salud para las mujeres con cáncer de mama.....	34
Figura 10. Determinantes de la adherencia terapéutica.....	39
Figura 11. Barreras que dificultan la asistencia nutricional del paciente oncológico.....	41
Figura 12. Plataformas on-line para empresarios que tienen vinculados pacientes con cáncer.....	47
Figura 13. Plataformas on - line para el reintegro laboral del paciente oncológico.....	48
Figura 14. Actitudes en pro de la relación médica - paciente.....	49

### **Tabla de tablas**

Tabla 1. Líneas estratégicas para controlar el CM en Colombia.....	22
Tabla 2. Factores pronósticos para el CM.....	30
Tabla 3. Barreras de comunicación de tipo psicosocial.....	35
Tabla 4. Factores de riesgo Cáncer de mama.....	36
Tabla 5. Factores nutricionales de riesgo en el cáncer de mama.....	37
Tabla 6. Programa de atención a las pacientes con Cáncer de mama.....	38

## RESUMEN

El cáncer de mama tiene diferentes etapas que pueden traer severas complicaciones dependiendo de la recepción del tratamiento por parte de los pacientes y, en la misma medida, varias reacciones de las pacientes diagnosticadas con ésta enfermedad, para lo cual, es necesario establecer programas de atención integral que involucren aspectos que, a través del tiempo, han ido tomando más fuerza como lo son; los aspectos nutricionales, laborales, psicológicos y de fertilidad.

En tal medida, el presente trabajo tuvo como objetivo *“Diseñar un modelo de comunicación integral para suplir las necesidades de información de las pacientes con cáncer de mama desde los ámbitos de nutrición, psicológico, laboral y fertilidad”*. A través del desarrollo del mismo, se establecen diferentes apartados donde no sólo se revisa con detalle los diferentes estadios de la enfermedad, sino también los distintos tratamientos convencionales y vanguardistas con las que la pacientes sobrevivientes han sido tratadas para un mejor retorno a la cotidianidad de la vida.

Se proponen, como resultado de la revisión de tema, dos modelos para establecer la relación médico paciente, en primera instancia, entre todas las disciplinas que deben conversar para orientar de manera integral al paciente oncológico. Son el modelo de interconsulta y el modelo funcional.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando un paciente es diagnosticado con cáncer se enfrenta a un proceso de tal impacto que le surgen muchas dudas, por ejemplo, hay una a la que más temor le demuestran y es a la posibilidad de que los médicos no puedan salvar su vida, ésta posibilidad es latente y varios pacientes mueren sin tener acceso a una información más precisa sobre la enfermedad. Esto se ve reflejado en cifras como la reportada por la OMS, en la que para el año 2014 fueron 8.2 millones de muertes, siendo el cáncer la principal causa de morbi-mortalidad (1), con incidencia de padecerlo principalmente en mujeres (2). Algo que debe preocupar desde un principio es la calidad de vida que pueda tener el paciente tras ser diagnosticado, así como resolver la cantidad de preguntas que ellos tienen, pues no es solo una terapia con medicamento si no, cómo la esfera corporal física y mental pueden llegar a cambiar durante determinado tiempo, surgiendo allí preguntas como; ¿qué debo comer?, ¿cómo voy a dejar mi empleo?, ¿cómo hacer para tener hijos?, ¿cómo se lo voy a decir a mi pareja?, ¿voy a perder mi senos?, etcétera. Son muchas dudas que solo son posibles de resolver durante un proceso de intervención integral por un equipo multidisciplinario más allá de la medicina tradicional.

El cáncer de mama tiene diferentes etapas que pueden traer severas complicaciones dependiendo de la recepción del tratamiento por parte de los pacientes. Según la Unión Internacional Contra el Cáncer o la UICC (3), el cáncer de mama se clasifica en cuatro estadios:

- Estadio I: Presencia de pequeños tumores sin metástasis.
- Estadio II: Tumor con más 2 cm con metástasis moderada
- Estadio III: Tumores grandes con afectación de musculo y piel
- Estadio IV: Metástasis avanzado (a otros órganos distantes)

El pronóstico de cada una de las etapas es muy diferente y debe individualizarse a cada paciente. Sus complicaciones son diversas desde la parte clínica, como dolor,

inflamación y erosión cutánea asociada al linfedema (3). Sin embargo, estas complicaciones repercuten de alguna manera en diferentes áreas asociadas a la nutrición del paciente, estado psicológico, su ámbito laboral y su fertilidad.

Desde el componente nutricional, la pérdida de peso y la desnutrición son frecuentes, ocasionando una reducción de la masa grasa y masa muscular asociado a riesgo de morbimortalidad (4). Estos cambios en el estado nutricional del paciente influyen de manera independiente según el estadio tumoral y el tipo de tratamiento recibido; por ejemplo, las pacientes sometidas a cirugía por CM y que reciben tratamiento con quimioterapia pueden presentar o no un aumento de peso, pero, para pacientes intervenidas en un estadio avanzado de la enfermedad se pueden desarrollar muchas complicaciones nutricionales asociadas al bajo peso y a la anorexia (5). A pesar de lo anterior, evaluar el estado nutricional de cada paciente de manera aislada no es suficiente para realizar un diagnóstico completo del estado nutricional (4).

Por otro lado, el CM implica para muchas mujeres un cambio psicológico y físico que puede afectar su calidad de vida. Les ocurre a muchas mujeres sentir cierto grado de depresión, ansiedad y miedo durante o después del tratamiento. El estrés es otra situación que deben enfrentar por sus cambios físicos como resultado de la cirugía del CM o simplemente por la duda a la reinserción laboral (6). Sobre esta última, surgen efectos secundarios que afectan la reincorporación al trabajo como el dolor, la fatiga, cambio de temperamento en la mujer afectada y un bloqueo mental por su retorno al trabajo (7). A todo lo anterior, se le suman los efectos que puede padecer la mujer con CM frente a su fertilidad, ya que esta puede verse afectada por los tratamientos realizados durante el transcurso de su enfermedad disminuyendo la opción de concebir (8).

Más allá de las complicaciones que pueden presentarse durante la enfermedad, el CM ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud como la enfermedad más común en las mujeres de todo el mundo y con un aumento latente en los países en desarrollo. Se estima que para el año 2015 a nivel mundial murieron 571.000 mujeres por CM (9) y en el caso colombiano, según datos reportados por el Ministerio de Salud y Protección Social, fallecen anualmente 2.649 mujeres (10). Todo esto

indica que el CM es un problema de Salud Pública que es conocido a nivel mundial, y, que en cuyas etapas del tratamiento muestra falta de información en los pacientes, lo cual la convierte en una enfermedad con grandes vacíos de comunicación (11).

Tomando en cuenta la problemática, se debe indagar el por qué hay vacíos de comunicación en los pacientes con cáncer de mama respecto a la alimentación desde un enfoque nutricional, bienestar emocional desde el ámbito psicológico, preservación de la fertilidad y el reintegro al trabajo desde el ámbito laboral. Puerto Pedraza y Gamba (12) apoyan la hipótesis respecto al vacío de comunicación en los pacientes diagnosticados con cáncer de mama. Las razones de esta problemática, se debe a la falta de comunicación del profesional de la salud con su paciente, la falta de claridad en el lenguaje utilizado, y en algunos momentos el tiempo dedicado a sus pacientes dados los sistemas de salud a los que los profesionales obedecen, así como el énfasis en el ya mencionado tratamiento médico como única solución a las problemáticas de la enfermedad (11).

Frente a estas necesidades, se crearon diferentes campañas a lo largo del tiempo como “Modo Rosa” el cual está vinculada a disminuir la tasa de mortalidad en el país y crear consciencia en las mujeres para que hagan una detección temprana de la enfermedad (13). Bajo este u otros nombres, en muchos rincones del mundo, se adelantan otras campañas vinculando así a la lucha contra el CM.

Según informes reportados por la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, hay avances continuos, vigilancia, tratamiento y acciones preventivas que se vinculan a esta campaña internacional (14).

Dentro de las campañas que vinculan el cáncer de mama, mundialmente se conoce el Movimiento Ayuda Cáncer de Mama – MACMA perteneciente a Argentina, Asociación Gaditana de Mujeres con cáncer de mama – AGAMAMA y Amiga Murcia como fundaciones sin ánimo de lucro de España, CIMA Fundación perteneciente a México, Federación Brasileña de Instituciones Filantrópicas de Apoyo a la Salud de la Mama - FEMAMA, Fundación Anna Ross de Costa Rica, entre muchas otras que bajo un mismo objetivo acercan información sobre la enfermedad y ayudan a disminuir las tasas de mortalidad.

Sin embargo, pese a los esfuerzos, a las donativas y a la lucha ardua que se adelanta día a día contra el CM, no se cuenta con la efectividad en el primer paso a tomar tras ser diagnosticada la enfermedad, el cual debe enfocarse fuertemente en dar a los pacientes la mayor información posible, el mejor despliegue médico para, desde la comunicación y la promoción de la salud, poder dar soluciones inmediatas que vayan encaminadas a tratar la enfermedad en cuestión desde los distintos enfoques multidisciplinarios anteriormente mencionados (11) con el objeto de disminuir con la mayor rapidez las dificultades presentadas por los síntomas y como meta final, la supervivencia del paciente que se está tratando.

Finalmente, el aspecto psicológico también juega un papel importante en ese punto post diagnóstico, allí también la falta de información afecta al paciente quien emocionalmente se enfrenta directamente a la lamentación de ser diagnosticado y no termina enfrentando la enfermedad en primera instancia con miras a atacarla, a convivir con ella de la manera más tranquila posible y a eliminarla finalmente de su cuerpo, entrando en un proceso de duelo que a su vez roba al paciente un tiempo clave en ese momento post diagnóstico como es el de la toma de decisiones y la construcción de estrategias, basados en las indicaciones del profesional de la salud, que brinden herramientas desde la información para pasar a la práctica con miras a la lucha contra el cáncer de mama (15). Desde estas estrategias, debe vincularse también la parte nutricional como un aliado de la parte medica en pro de la salud y de una calidad de vida idónea que permita por ejemplo al paciente tener una vida fértil sin complicaciones, así como una vida laboral en la que pueda realizarse naturalmente y sin problemas.

Se espera con el presente estudio, construir un modelo de comunicación entre el paciente y el médico donde se evidencia la información para sobrellevar la enfermedad desde los diferentes tópicos mencionados con antelación, es decir, que la orientación que se le brinda a los pacientes una vez son diagnosticados, no se premedite específicamente a la medicina general, sino más bien, a la nutrición, fertilidad, psicología y ámbito laboral.



## **2. PREGUNTA**

¿Cuáles son las necesidades de información que presentan las mujeres con cáncer de mama en los ámbitos nutricional, psicológico, laboral y fertilidad?

### 3. JUSTIFICACIÓN

La importancia de brindarle a las pacientes diagnosticadas un acompañamiento durante la enfermedad, no consiste solo en intervenir el cáncer con tratamientos de alto o bajo calibre farmacéutico, garantizando la muerte de un número importante de células cancerígenas presentes o no, sino también, desde un enfoque multidisciplinar que abarque las áreas de nutrición, psicología, fertilidad y ámbito laboral pues finalmente cada curso de la enfermedad es impredecible y puede afectar o no al paciente desde estos saberes, que a la postre deben ofrecer igualmente una ayuda al tratar la enfermedad y por qué no, herramientas para combatirla, evitando por tanto dar el llamado “pronóstico del paciente” sin abordar esta enfermedad desde los amplios enfoques de las diferentes disciplinas anteriormente mencionadas. Para todas las áreas de la salud que intervienen en pacientes con enfermedades catastróficas son de gran importancia sus directrices como parte del proceso ya que les aportan a los pacientes no solamente calidad de vida, si no también, un parte de tranquilidad por el hecho de saber que se le está dando la importancia que merece.

Al construir un modelo de comunicación donde se incluya información de las diferentes áreas mencionadas con antelación, se pretende orientar a las pacientes que son diagnosticadas con cáncer de mama hacia la resolución de las preguntas que con frecuencia se presentan durante el curso de la enfermedad, beneficiándose con estos hallazgos no solamente las pacientes que padecen el cáncer, sino también sus familias, mujeres en edad fértil, mujeres posmenopáusicas, médicos y especialistas encargados de brindar la información sobre el tema a toda la población que lo necesite.

Este estudio se realiza con el fin de promover los servicios de salud no solamente en los pacientes con cáncer de mama, sino también con el objetivo de que los profesionales intervengan en la vigilancia, el control y la importancia de lo que quiere y necesita saber el paciente, lo que siente éste, lo que le gustaría y ayudaría a aliviar sus cargas físicas y emocionales, permitiendo un mejor control sobre su enfermedad al gozar de buena información sobre la misma para resolver sus dudas y preocupaciones, así mismo tiempo, las afectaciones referentes a su

entorno familiar, laboral y personal desde varios ámbitos multidisciplinares como la nutrición, la psicología, la fertilidad y la vida laboral para abordar de manera transversal e integral al paciente, haciendo de la intervención al cáncer de mama algo mucho más robusto y con mayor impacto sobre la salud y bienestar general.

La ausencia de información de otras áreas diferentes a la farmacéutica generará en los pacientes de cáncer de mama, falta de comprensión y desconocimiento de su situación frente a la enfermedad, evitando la obtención de herramientas que le faciliten subsanar los posibles daños que puedan ser causados por la misma.

La viabilidad de la investigación se justifica al generar una promoción de la salud en enfermedades con diagnósticos catastróficos, es decir, que al generar modelos de comunicación se facilita la articulación entre el profesional y el paciente, lo cual genera una relación de confiabilidad y un mejor afrontamiento de la enfermedad no solo del afectado, sino de su círculo social más cercano.

Toda la problemática expuesta en el presente proyecto debe estudiarse con el fin de comprender mejor las necesidades de información del paciente, saber muy bien qué dudas tiene respecto a la enfermedad desde un ámbito médico multidisciplinar. Estas necesidades, deben suplirse a raíz de ese estudio y de los resultados que arroje el mismo, para finalmente crear una estrategia de comunicación que permita atacar dicha problemática, reducir los vacíos de información de las personas diagnosticadas y darle a las mismas desde los primeros momentos post diagnósticos una seguridad y un plan de acción referente a su enfermedad que pueda convenirle para no solo hacer más llevadera la enfermedad mientras la padezca, sino además, ver viable el hecho de tratarla y conocer de primera mano la estrategia para hacerlo, buscando incluso imprimir desde la parte psicológica el llamado a la acción como revulsivo al estado de shock que genera la noticia en los pacientes tras detectárseles el cáncer de mama.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Diseñar un modelo de comunicación integral para suplir las necesidades de información de las pacientes con cáncer de mama desde los ámbitos de nutrición, psicológico, laboral y fertilidad.

### **4.2 OBJETIVO ESPECIFICO**

- Realizar un rastreo bibliográfico exhaustivo entorno al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer de mama a través de la búsqueda de artículos científicos en diferentes bases de datos.
- Identificar las diferentes barreras en la comunicación médico-paciente en el ámbito laboral, nutricional, psicológico y fertilidad.
- Conocer las necesidades de información para las pacientes con cáncer de mama en los temas de nutrición, psicología, fertilidad y ámbito laboral.
- Desarrollar un modelo de comunicación que permita mejorar la comunicación médico-paciente para brindar información completa sobre el cáncer de mama.

## 5. MARCO TEORICO

El cáncer de mama (CM) es el cáncer de mayor incidencia en mujeres; sin embargo, también se presenta en menor porcentaje en hombres. Aunque es una patología que afecta en gran medida a la mujer, su diagnóstico afecta y produce graves repercusiones en ella y su familia. El CM es una de las patologías que más afectan a las mujeres en el mundo y es la tercera en Colombia en donde cada día mueren seis mujeres a causa del cáncer de seno y más de 7.000 son diagnosticadas anualmente (2). Para la Organización Mundial de la Salud - OMS, las enfermedades no transmisibles (ENT) se convierten en la actualidad en la primera causa de mortalidad en el mundo, siendo el cáncer la principal causa de morbi-mortalidad a nivel mundial registrando para el año 2012 unos 14 millones de casos nuevos y 8.2 millones de muertes según la OMS en el año 2014. Los cánceres diagnosticados que causan un mayor número anual de muertes son los de pulmón, hígado, estómago, colon y mama siendo el de pulmón el más frecuente en hombres y el de mama el más frecuente en mujeres para el año 2015 (1).

En Colombia el cáncer es un problema de salud pública en aumento, que representa grandes repercusiones psicoafectivas, sociales y económicas imponiendo un reto para el sistema de salud. Según las estadísticas del Globocan, para Colombia en el año 2012, aproximadamente 104 personas fallecieron cada día por esta enfermedad y 196 personas enfermaron de cáncer. Esto exige generar intervenciones oportunas, eficaces y articuladas para promover los factores protectores, aumentar la detección temprana, reducir la discapacidad y mortalidad evitables, mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados, así como asegurar un desempeño costo efectivo del sistema sanitario. Aunque se presentan unas cifras breves para revisar el panorama del cáncer en el país, no es el propósito de este artículo proporcionar información estadística que ya se encuentra disponible en el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Cancerología (INC), el Instituto Nacional de Salud

(INS) y los registros poblacionales de cáncer en el país. En su lugar, este artículo describe de forma general los avances y desarrollos del Observatorio Nacional de Cáncer (ONC) Colombia en el marco del Sistema de Información Nacional en Cáncer (SINCan), puntualizando las fuentes de información en cáncer disponibles en SISPRO, el set de indicadores para monitorear el panorama en el país, los planes de análisis y las salidas de información (canales de acceso y divulgación de la evidencia y publicaciones relevantes) como herramientas necesarias para gestionar adecuadamente el conocimiento sobre mortalidad, morbilidad, acceso a servicios y acciones para reducir las desigualdades en cáncer en Colombia (17).

Según la etiopatogenia de la enfermedad, se han postulado múltiples factores condicionantes tanto para el desarrollo, como para el pronóstico del CM. Con respecto al riesgo de desarrollar la enfermedad, los factores pueden variar ampliamente, como son los factores modificables y no modificables. Entre los factores modificables encontramos el estilo de vida, factores ambientales y factores socioeconómicos y los no modificables como la genética, sexo, raza, antecedentes personales y familiares (18). Para los factores modificables, los cuales son nuestro foco de interés, existe el factor ambiental correspondiente a los hábitos alimentarios relacionados desde el componente nutricional, en el que la población se encuentra más expuesta a lo largo de la vida, siendo este un importante factor vinculado a la ocurrencia de ENT como el cáncer. Hay estudios que apoyan la hipótesis de una asociación entre la dieta y el CM como así también la asociación entre ésta y la recurrencia y/o la supervivencia de la enfermedad (19). Este tipo de cáncer está sumamente ligado a la forma en como nos alimentamos y hay factores en la dieta con evidencia convincente que aumentan el riesgo de padecer cáncer mas no influyen en la aparición de la enfermedad. Por lo anterior, es la obesidad o el exceso de peso, generalmente en la mujer postmenopáusica, un impacto potencial sobre la incidencia de CM. El consumo elevado de alcohol también se relaciona con una mayor incidencia en este tipo de enfermedad, por lo cual es de suma importancia incluir dentro del estilo de vida de las personas sanas y/o enfermas factores que tengan un efecto protector para la aparición de la enfermedad como lo es evitar la

sobrecarga ponderal (exceso de peso), limitar el consumo de alcohol y aumentar el nivel de actividad física para contribuir en reducir el riesgo de cáncer (20).

Con base en lo anterior, diversos estudios nos dan un acercamiento a como la nutrición en pacientes mujeres con CM se ha convertido en una parte importante del tratamiento contra este tipo de cáncer y más aún cuando son muchos los vacíos de información que surgen mientras se va desarrollando la enfermedad. Se ha corroborado que muchas de estas mujeres claman la necesidad de implementar intervenciones nutricionales que contribuyan al mejoramiento del bienestar puesto que muchas de ellas conocen la importancia que tiene la alimentación en el CM (21).

La ausencia de conocimiento en las mujeres que padecen CM también se ve reflejado por los mitos alimentarios, el cual se ha mostrado con el paso del tiempo acarreados por la cultura, la religión, costumbres y cuestiones financieras. De acuerdo al estudio de Murillo y Pérez (22), día a día aumenta la invención de mitos alimentarios, y más aún cuando la nutrición se ha convertido, como aspecto positivo o negativo, en un tema de conversación en el que cualquier persona opina, ya sea simplemente por una experiencia propia o en una decisión basada en profundos conocimientos sobre el tema. Esta situación, se ha ido convirtiendo cada vez más en un reto para el profesional, debido a que busca la forma de poder brindarle a los pacientes explicaciones lógicas sobre la importancia de seguir las recomendaciones sobre su alimentación, debiendo, además, tener en cuenta otras enfermedades que el paciente padezca para no agravar su estado de salud (22).

Además de los mitos alimentarios que repercuten en la enfermedad de los pacientes que padecen CM, la religión y la cultura juegan un papel clave en la forma cómo se asume y enfrenta este tipo de cáncer. Un estudio realizado por Puentes et al. (23) a mujeres diagnosticadas con CM que se encontraban participando en un ensayo clínico del Instituto Nacional de Cancerología, indica que la religiosidad puede menguar el sobresalto generado por el encuentro con la enfermedad y aceptar la vivencia de esta. Lo anterior, también lo confirma un estudio realizado por científicos

del Dana Farber Cancer Institute de Estados Unidos a 345 enfermos de cáncer en fase terminal, el cual ha revelado que existe una relación entre la religiosidad de los pacientes y un aumento en los cuidados que permitan prolongar artificialmente su vida, a pesar de que dichos cuidados vayan en detrimento de la calidad de ésta, puesto que los pacientes que padecen el cáncer esperan hasta el último momento en el que se pueda producir un milagro (24). Esto convierte la religión como una herramienta para hacer frente al cáncer, adaptando la alimentación según las culturas y creencias con el fin de replantear fuerzas positivas que permita ayudar a los pacientes a reevaluar su enfermedad, encontrar un mayor significado a la vida y reconocer lo que es en última instancia importante para ellos (25).

Está visto que el CM debe ser estudiado desde un enfoque multidisciplinar que abarque todas las especialidades posibles incluyendo el profesional médico, nutricionista y psicólogo de tal forma que se pueda abrir paso a la solución de las necesidades que el paciente tiene de su enfermedad cobijado también por un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que cubra temas de equidad y cobertura para toda la población sin importar su nivel económico y social, ya que al tener un Sistema de Salud sólido, no sólo se brinda una prevención oportuna de las ENT, sino que además se puede garantizar a los pacientes aumentar sus expectativas de vida (26).

Por otro lado, y no menos importante, la fertilidad en las mujeres que padecen de CM es otro tema que inquieta a las mujeres a la hora de ser diagnosticadas con esta enfermedad. Según la Sociedad Americana Contra el Cáncer - American Cancer Society, los estudios han sugerido que las mujeres con cáncer tienen menos probabilidad de recibir información sobre la preservación de la fertilidad que los hombres. Las mujeres que ya tienen por lo menos un hijo o que solo están casadas no reciben información sobre los cambios que se van a producir en su capacidad genésica (27). Al mismo tiempo hay que tener en cuenta que la incidencia de embarazos a término tras el diagnóstico de CM es muy pequeña, alrededor del 3-8%, y corresponde solo al 20% de las pacientes que desearían tener descendencia



(28). Está comprobado por diversos estudios que el diagnóstico de CM en una mujer joven en estadios iniciales de la enfermedad y con una buena supervivencia conlleva el planteamiento de su futuro reproductivo. Existe, por tanto, un aumento progresivo de la demanda, por parte de mujeres jóvenes con CM, de una opción de preservación de la fertilidad (28).

Para ahondar en el tema de la preservación de la fertilidad, es fundamental incluir una educación oportuna por parte de los profesionales en salud a los pacientes que padecen el CM, y se debe abordar la posibilidad de infertilidad en aquellas personas tratadas durante sus años reproductivos. Según la Sociedad Americana de Oncología Clínica, hay evidencia científica de las posibles opciones de la preservación de la fertilidad desde la crioconservación de espermatozoides y embriones como de otros métodos disponibles de preservación de la fertilidad en centros con experiencia y con apoyo de un especialista en reproducción (8). Es por ello que debe emplearse en el momento oportuno un criterio clínico con un equipo multidisciplinario para plantear este problema y darle solución a los pacientes que desean concebir posteriormente a la enfermedad.

Para Lee et al. (8) la evidencia disponible sugiere que la preservación de la fertilidad es de gran importancia para muchas personas diagnosticadas con cáncer, y que la infertilidad que resulta del tratamiento del cáncer puede estar asociada con la angustia psicosocial, además, se reporta lo difícil que es para los médicos y especialistas saber qué tan importante es la preservación de la fertilidad para sus pacientes con cáncer, a menos que se lo pregunten, ya que muchos pacientes no mencionan el tema; por lo que es fundamental recomendar a todos los pacientes en edad reproductiva que estén informados sobre la posibilidad de infertilidad relacionada con el tratamiento.

El temor a no poder ser padres y todo lo relacionado con la fecundidad, es un tema que inquieta a algunas personas que padecen el CM, sobre todo por el alto costo que este tiene para la preservación ovárica en mujeres y de espermatozoides en hombres,

lo cual restringe la posibilidad de acceder a ellas solo a personas que tengan suficiente capacidad económica (29).

Pese a la anterior limitante, se le suma a esto el nivel psicológico que tiene la experiencia de supervivencia a pacientes con CM, pues conlleva una aceptación de que el cáncer es una enfermedad crónica y la inquietud por una posible recaída. Precisamente, las preocupaciones psicológicas más frecuentes toman la forma de miedo a la recidiva, incertidumbre respecto al futuro, ansiedad o preocupación persistente de amenaza de reaparición de la enfermedad(30). Cualquier sensación física nueva tiene el potencial de generar elevados niveles de angustia y de temor relacionados con la posibilidad de una recaída de la enfermedad. Esta hipersensibilidad puede conducir a un estado de hipervigilancia, que suele disiparse gradualmente a medida que pasa el tiempo. Junto al miedo a una recidiva, muchas supervivientes experimentan una sensación de vulnerabilidad. Las secuelas físicas y psicológicas pueden permanecer tiempo después de haber finalizado los tratamientos, El diagnóstico de cáncer y los continuos tratamientos también tienen un impacto en la vida familiar de las supervivientes. La familia, y en concreto la relación de pareja, es un apoyo indescriptible en toda la trayectoria de la enfermedad. Sin embargo, pueden aparecer tensiones en la fase de postratamiento. En ocasiones, la relación de pareja no puede resistir los cambios provocados por el proceso de cáncer.

El impacto de la enfermedad afecta profundamente a la unidad familiar, ya que el diagnóstico crea cambios emocionales en todos los miembros de la familia e interrumpe roles y estilos de vida. Además, puede añadirse la preocupación de las mujeres a que sus hijas, por herencia genética, puedan tener mayor riesgo de presentar un cáncer de mama.

La psicooncología es una disciplina que aplica la psicología en una enfermedad como el cáncer y se desarrolla en diferentes áreas: prevención, asistencia, docencia e investigación. Habitualmente las líneas de tratamiento de la psicooncología se desarrollan en las siguientes áreas: prevención, información al paciente, preparación

a la hospitalización y al tratamiento, efectos secundarios al tratamiento, dolor, relaciones familiares, fase terminal, entrenamiento al personal sanitario y adaptación general a la enfermedad. Además de estas áreas, se puede buscar otros objetivos con la psicoterapia. (15)

Aunque el cáncer representa una de las principales causas de muerte en nuestros días, los avances en las últimas décadas han permitido una mejoría en el pronóstico y el manejo de la enfermedad con un mayor porcentaje de curaciones y una mejora de las condiciones en el caso de los pacientes incurables. El 40% afecta a personas por debajo de los 65 años, por lo que suele tratarse de un grupo en pleno período productivo y, por tanto, el problema de la reinserción laboral tiene una clara repercusión práctica. El poder incorporarse a un empleo supone para el superviviente un parámetro importante ya que, entre otras cosas, implica una estabilidad económica y una “normalización” de su vida. Algunos pacientes con cáncer son capaces de continuar trabajando mientras están siendo tratados y muchos otros vuelven a trabajar después del tratamiento. La reincorporación al trabajo es una de las metas obligadas del proceso de rehabilitación de cualquier enfermedad y, por lo tanto, también para el cáncer. Requiere un acercamiento multidisciplinario coordinado para lograr preservar o mejorar el funcionamiento y maximizar la independencia de estos pacientes.(31)

En el área laboral, las mujeres pueden también experimentar cambios. La reincorporación laboral puede verse alterada, identificándose mayores tasas de desempleo entre supervivientes de cáncer. Se han observado también problemas de discriminación laboral como despidos injustificados, ser transferido a trabajos menos deseables o limitación de responsabilidades laborales, aspectos que llevan a que las supervivientes se retiren anticipadamente del mundo laboral por sentirse infravaloradas. Esta situación conlleva una pérdida económica y repercusiones personales y familiares, sin olvidar los efectos psicológicos en cuanto que el trabajo significa una fuente de autoestima. Por otro lado, la pérdida del estilo de vida previo

puede traer consigo un alejamiento de la vida social, con el consiguiente aislamiento social.(30)

Como paso final luego de superar la enfermedad del cáncer de mama la inserción laboral, es una de las cosas que más preocupa a las mujeres sobre todo si son jóvenes, debido a las secuelas propias del cáncer a nivel físico y psicológico es de vital importancia abordar de manera oportuna un diagnóstico que permita elaborar estrategias que favorezcan el proceso de actividad laboral u ocupacional. Teniendo en cuenta que el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente de la mujer en el mundo, dentro de las intervenciones terapéuticas no solo se viene trabajando la cura si no también la creación de nuevas propuestas rehabilitadoras desde el área física, psicológica, social y laboral siendo este último uno de los más importantes luego de la recuperación total, teniendo en cuenta que algunas de ellas presentan características diferentes desde las áreas profesionales y ocupacionales propias de su formación y su capacidad de emplearse luego del tratamiento incluidos aquellos casos en donde se consideran discapacidad y se consideran más vulnerables a la hora de emplearse. (32)

La obtención de la actividad laboral favorece la reinserción en general de todas las áreas ya que contribuye a la independencia económica y a nuevas oportunidades, por lo anterior es necesario disponer de un mecanismo que facilite y garantice el beneficio de un empleo apropiado a sus necesidades y posibilidades (32)

## **6. DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR**

Para darle orientación al a las necesidades de información en las áreas de nutrición, psicóloga, preservación de la fertilidad y ámbito laboral es necesario saber que Colombia es uno de los países donde hay mayores casos de cáncer de mama según reportes de la Organización Mundial de la Salud, esta enfermedad es la más común entre las mujeres y la segunda más común en toda la población. En el caso de Colombia, al año, se hacen 7.626 diagnósticos de cáncer de seno, de las cuales, el 76.1% de las afectadas en siguen vivas 5 años después de haber sido diagnosticadas y el 80% de los pacientes no tiene factores de riesgo.

A partir de la entrada en vigencia de la Ley 1384 de 2010 “Ley Sandra Ceballos por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia” y la Ley 1388 de 2010 “Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”, desde el Ministerio de Salud y Protección Social se han expedido los siguientes actos administrativos para su debida reglamentación en beneficio de los colombianos afectados por esta enfermedad:

### **6.1 Reglamentación expedida por el Ministerio de salud**

- Resolución 4496 de Diciembre 28 de 2012, por la cual se organiza el sistema de información del cáncer y se crea el observatorio nacional de cáncer.
- Resolución 1383 del 2 de Mayo de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021
- Resolución 1419 del 6 de Mayo de 2013, por la cual se establecen los parámetros y las condiciones para la organización y gestión integral de las redes de prestación de servicios oncológicos y las unidades Funcionales para la atención integral del cáncer , los lineamientos para su monitoreo y evaluación.
- Resolución 1440 del 6 de Mayo de 2013, por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 14 de la Ley 1384 de 2010 y 13 de la Ley 1388 del mismo año.

- Resolución 1441 del 6 de Mayo de 2013, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1604 del 17 de mayo de 2013, por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto-Ley 0019 de 2012

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021 posiciona el cáncer como un problema de salud pública y orienta sus objetivos en función de las siguientes seis líneas estratégicas (Tabla 1) (11,12):

*Tabla 1. Líneas estratégicas para controlar el CM en Colombia*

<b>Línea estratégica</b>	<b>Objetivo</b>
Control del riesgo	Reducir la ocurrencia de factores de riesgo modificables asociados al desarrollo de cáncer y otras enfermedades crónicas (consumo de tabaco y alcohol, obesidad; exposición a cancerígenos ocupacionales, a radiación solar UV y a infección por los virus del papiloma humano, hepatitis B y C.
Detección temprana	Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de las estrategias de detección temprana y la calidad de la atención. Los cánceres a intervenir son: Cáncer mama, cuello uterino, próstata, colon y recto y las leucemias agudas pediátricas.
Atención, recuperación y superación de los daños	Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer (Garantizando el acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento de los cánceres con mortalidad prematura evitable
Mejoramiento de la calidad de vida de	Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer (Atención integral desde lo biológico, psicológico, familiar laboral y social)

pacientes y sobrevivientes	
Gestión de conocimiento	Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones
Formación y Desarrollo del Talento humano	Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer.

**¿Cómo se tiene contemplado disminuir las barreras de acceso y trámites administrativos para mejorar la atención de los pacientes oncológicos?**

Con la organización e implementación de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos se pretende disminuir las barreras de acceso y los trámites administrativos para los pacientes con cáncer y sus familias; puesto que estas permitirán que las IPS se organicen para garantizar el acceso a los servicios que necesita el paciente de manera oportuna y buscarán brindar al usuario la mayor parte de los servicios requeridos para su tratamiento en una misma IPS, evitando los traslados y desplazamientos para recibir la mejor atención . Adicionalmente, para los pacientes con cáncer, las EPS tendrán la obligación de expedir las autorizaciones de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) una única vez, esta autorización será por la totalidad del tratamiento de quimioterapia y radioterapia que haya sido formulado cuando se trate de un cáncer que tiene una guía o protocolo de manejo unificado. Cuando el cáncer no tenga una guía o protocolo unificado, la EPS deberá generar una autorización que cubra el tratamiento de quimioterapia o radioterapia por al menos 6 meses (33).

**6.2. Metodología para el rastreo de la información**

Determinar palabras claves para realizar una búsqueda bibliográfica organizada a través de buscadores académicos, acerca de las falencias de información y comunicación en pacientes diagnosticados con cáncer de mama.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 Rastreo bibliográfico exhaustivo entorno al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer de mama

El rastreo bibliográfico se desarrolló a través de diferentes bases de datos con una indexación propicia para la verificación y validación de las fuentes., tales como, scopus, scielo, elsiver, scient direct, pubmed, entre otras. Se establecieron palabras claves de acuerdo a las temáticas del planteamiento del problema y a las hipótesis que se generaron durante la justificación del mismo.

En primera instancia, se definieron los ítems a analizar de cada una de las referencias bibliográficas, necesarios para propiciar una discusión acertada de los hallazgos. Seguido a esto, se construyen dos matrices de referencias bibliográficas clasificando las fuentes entre, aplicaciones móviles, artículos científicos, guías de atención al usuario y otros. Esto con el fin de determinar los aspectos ausentes en los modelos de comunicación entre la relación médico – paciente.

En la Figura 1 y Figura 2 se consolidan los artículos científicos que permitieron un mejor entendimiento del cáncer de mama.

Clasificación (diagnóstico, pronóstico o tratamiento)	Numero	Autor (es)	Área	Título artículo	Año de publicación	Edición / Número / Volumen	Revista	Temática o propósito de la investigación (¿cómo se desarrolló la investigación?)	Descripción de resultados	Metodología utilizada	Conclusiones	Limitaciones (temporales, espaciales, observacionales o poblacionales)	Link
Tratamiento	1	Maria del Pilar Mesa Rodríguez	Psicología	Una técnica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico.	2007	VOL. 21 No. 1	Psicología / Interacción / Tercer / Periódico / México (México)	México	Se establecen las principales estrategias que un terapeuta puede realizar en el momento de ser diagnosticada con cáncer de mama.	Desarrollo de guía para intervención e interpretación de los factores que influyen desde el aspecto psicológico en la mujer que padece cáncer de mama.	La guía describe permite al profesional en psicología elegir un método adecuado al tratamiento a las pacientes que padecen cáncer de mama. Se describe el diagnóstico, habilidades y ayudar a fortalecer la personalidad frente a la enfermedad, mejorar la posibilidad de una mejor calidad.		<a href="http://www.redalyc.org/pdf/docId/3491/3491001.pdf">http://www.redalyc.org/pdf/docId/3491/3491001.pdf</a>
Pronóstico	2	Maria Elena Mesa Fernández, Elizabeth Yañez Bernal		El cáncer de mama en México: evolución, prevalencia actual y retos de la sociedad en el	2009	VOL. 51 No. 1	Salud Pública / de México	México			Las estadísticas de la incidencia del cáncer de mama en México han tenido un nivel considerablemente sostenido y educativo, pero es importante resaltar que este tipo de estadísticas han logrado un nivel de profesionalización que les hace a unificar criterios de atención oportuna basados en evidencia científica. Resalta los retos que se demandan y estrategias tanto al respecto de atención de enfermería como fundamentos en favor de la mujer diagnosticada en su lucha contra esta enfermedad.		<a href="http://www.scielo.org.mx/pdf/sp/0985-2949-200901a0001.pdf">http://www.scielo.org.mx/pdf/sp/0985-2949-200901a0001.pdf</a>
Diagnóstico	3	Luz María González Robledo, María Cecilia González Robledo, Guadalupe Nájera, Guadalupe López Cortés		Actores gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro	2010	VOL. 52 No. 1	Salud Pública / de México	México	Se identificaron desafíos críticos enfrentados por las autoridades gubernamentales de salud para contrarrestar el crecimiento de un nivel mundial para cada caso reportado de diagnóstico de detección temprana, atención e investigación. A pesar de los avances en el diagnóstico, prevención, pronóstico y guías de manejo clínico, persisten importantes retos para lograr los objetivos establecidos y la contención de este problema.	Artículo de revisión en el cual se presenta una investigación documental del marco normativo y los programas vigentes para la detección temprana del cáncer mamario en América Latina	La literatura publicada establece que la detección temprana del cáncer de mama y la prevención de este mismo integran formas unidas y complementarias. Es importante resaltar que dentro de los programas de detección temprana basados en evidencia científica, resalta los retos que se demandan y estrategias educativas e interdisciplinarias para mejorar los niveles de atención de salud pública. No se puede establecer si se trata de un reto o de una oportunidad, pero se puede establecer que se están logrando los objetivos y metas propuestas en los programas, se debe seguir fortaleciendo, en lo que respecta a los recursos de salud en el ámbito, oportunidad y calidad de la atención.		<a href="http://www.scielo.org.mx/pdf/sp/0985-2949-201001a0001.pdf">http://www.scielo.org.mx/pdf/sp/0985-2949-201001a0001.pdf</a>
Pronóstico	4	Carmen Pérez, M. Mercedes Añón, Enrique Alonso, Julián García, María Avelar, Beatriz Durán, Isabel Carr, M. Angeles Hernández Cortés Domínguez, José Luis Padilla, Juan Antonio Yruela, Berta Bava y José Antonio Moreno	Psicología	¿Dónde está el paciente con cáncer de mama? ¿Qué rol tiene el enfermero en la atención de enfermería de enfermería para el cáncer de mama? ¿Qué rol tiene el enfermero en la atención de enfermería de enfermería para el cáncer de mama? ¿Qué rol tiene el enfermero en la atención de enfermería de enfermería para el cáncer de mama?	2010	VOL. 7 No. 24	Psicooncología / España	España	El tratamiento de acuerdo con la forma de Decisiones (ATD) / Metodología de tratamiento para el cáncer de mama. ¿Qué rol tiene el enfermero en la atención de enfermería de enfermería para el cáncer de mama? ¿Qué rol tiene el enfermero en la atención de enfermería de enfermería para el cáncer de mama? ¿Qué rol tiene el enfermero en la atención de enfermería de enfermería para el cáncer de mama?	El estudio del ATD se realizó en cuatro fases: (1) Generar la información de los usuarios y los profesionales del SPRA sobre la implementación del ATD en el proceso clínico de atención; (2) Basado en un ATD entre los profesionales de enfermería seleccionados; (3) Realizar pruebas piloto del ATD seleccionado al entorno del SPRA; (4) Realizar el ATD en el SPRA.	Pacientes y profesionales coinciden en reconocer la utilidad del ATD al momento de participar en la toma de decisiones clínicas que afectan a la salud de los pacientes. Se debe seguir fortaleciendo el ATD en el entorno del SPRA, considerando los recursos de salud en el ámbito, oportunidad y calidad de la atención.		<a href="http://www.scielo.org.mx/pdf/sp/0985-2949-201002a0001.pdf">http://www.scielo.org.mx/pdf/sp/0985-2949-201002a0001.pdf</a>

Figura 1. Matriz bibliográfica de artículos científicos y guías de atención al usuario.



Clasificación (diagnóstico, pronóstico o tratamiento)	Número	Nombre	Ítems que posee	Que información se tiene de cáncer de mama	Recordatorios	Consulta a médico	Quien la desarrolla (link)	Redes sociales	País	Contacto
Tratamiento	1	My cancer coach App	Tiene 3 guías de manejo para 3 tipos de cáncer (prostate, colon y mama)		El calendario se vincula con la agenda del paciente	Si tiene la posibilidad de preguntar por medio escrito o audio. Se evidencia que el médico puede dar respuesta individual al paciente. (no es un foro)	Genomic Health	Facebook Twitter	California - U	customerservice@genomichealth.com webmaster@genomichealth.com
Diagnostico	2	Modo Rosa: Por la lucha contra el cáncer de seno	Incluye sólo la tematica de cancer de seno por medio de videos de autoexamen, alertas y paso a paso de detección de cáncer de mama	Sólo refiere guía para realizar autoexamen para tener una detección temprana del cancer de mama	Sistema de alertas para autoexamen, cita con el ginecologo, cita de mamografía y ecografía	No tiene la opción de consultar a médico	Modo rosa	Facebook Twitter, Instagram	Colombia	modorosa@tripartitacomunicaciones
Tratamiento	3	Leonisa te cuida	Mitos y realidades del cancer de seno, paso a paso para realizar el autoexamen (guía y video), señales de alarma, hábitos saludables, actualización del periodo menstrual	Guía de autoexamen, mitos y realidades del cancer de mama	Recordatorio para realizar autoexamen de seno	No tiene la opción de consultar a médico	Leonisa	Youtube, Facebook, Instagram	Colombia	servicioalcliente@leonisa.com.co
Pronostico	4	Breast Cancer (Beyond the Shock)	Videos informativos sobre el cancer de mama (anatomía, que es el cancer, causas, etapas, tratamiento). Foro de preguntas y respuestas y videos de testimonios	Se describe anatomía de la glandula mamaria. Qué es el cancer de mama, causas, etapas y tratamiento de la enfermedad	No tiene recordatorios	Posee foro de preguntas y respuestas dadas por la misma comunidad que comparte la aplicación	National Breast Cancer Foundation, Inc. (NBCF)	Twitter, Facebook, Instagram, Youtube, LinkedIn	Estados Unidos	feedback@beyondtheshock.com
Tratamiento	5	Pad Aware	Videos de testimonios de mujeres que padecieron cáncer de mama, artículos de interés sobre el cáncer de mama y directorio de salud de sitios de atención para quienes padecen este tipo de cáncer		Recordatorio para realizar autoexamen de seno	No tiene la opción de consultar a médico	Sin dato	Sin dato	México	Sin dato
Diagnostico	6	Dear Mamma	Tiene 4 guías: Por que preocuparse, autoexamen, cambios en el seno, recordatorios y notas privadas	Se describe información de interés como que es una enfermedad curable, no contagiosa, las causas de padecerla, factores de riesgo, como realizar autoexamen	Recordatorio para realizar autoexamen de seno	No tiene la opción de consultar a médico	The DEAR Foundati	Facebook	Suiza	info@thedearfoundation.ch
Tratamiento	7	AMATE TENERIFE	Posee ítems de noticias sobre el cancer de mama, las redes sociales en las que se brinda información sobre la enfermedad, agenda de eventos, servicios que ofrece: trabajo social, psicología, fisioterapia, estética oncológica y donación de pelo	Ofrece información respecto a eventos y jornadas a realizar para pacientes con cancer de mama	No tiene recordatorios	No tiene la opción de consultar a médico	CreaTáctil S.L	Facebook, Twitter, Youtube, Página web	España	asociacion@amate-tenerife.com

Figura 2. Matriz bibliográfica de aplicaciones móviles.

Se puede establecer, a partir de dicha revisión, que, a pesar de que el cáncer de mama es una de las enfermedades que más frecuentes sobre todo en el género femenino, y que la tasa de mortalidad debido a esta patología, ha descendido en los últimos años, se establecen factores de riesgo latentes en la sociedad para padecer cáncer de mama, pero adicional a esto, el procedimiento para realizar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

### 7.1.1. Diagnóstico

Para realizar un diagnóstico propicio de la patología tanto en pacientes con síntomas o signos sugerentes de cáncer de mama, como ante el hallazgo de lesiones sospechosas se debe realizar una valoración clínica que incluya (34):

- Antecedentes personales y enfermedades concomitantes.
- Factores de riesgo cáncer de mama (personales o familiares) que permita discriminar la necesidad de una valoración exhaustiva por criterios de cáncer hereditario (Figura 3).
- Exploración física en la que debe constar el tamaño y localización del tumor, tiempo de evolución, presencia o no de afectación en la piel, multicentricidad, dolor, secreción por el pezón.

Seguido a la valoración clínica, y en caso de levantarse sospecha sobre el padecimiento de cáncer de mama, se debe proceder con una valoración radiológica o técnicas de imagen complementarias tales como; mamografías, ultrasonografías,

resonancias magnéticas, que describan morfológicamente la lesión, el tamaño, y la localización tumoral, la multicentricidad, la multifocalidad y grado de sospecha de malignidad.

#### **Criterios de alto riesgo**

1. Un caso de cáncer menor o igual a 40 años.
2. Diagnóstico de cáncer de mama y ovario en el mismo individuo.
3. Dos o más casos de cáncer de mama, uno de los cuales es menor de 50 años o bilateral.
4. Un caso de cáncer de mama menor o igual a 50 años o bilateral y un caso de cáncer de ovario en familiar de 1º o 2º grado.
5. Tres casos de cáncer de mama y ovario (al menos un caso de ovario) en familiares de 1º o 2º grado.
6. Dos casos de cáncer de ovario en familiares de 1º o 2º grado.
7. Un caso de cáncer de mama en el varón y familiar de 1º o 2º grado con cáncer de mama u ovario.

*Figura 3. Criterios clínicos de cáncer de mama hereditario/familiar.*

Tomado de: Oncosur. Guía clínica. Diagnóstico y tratamiento cáncer de mama.2007. Fundación Médica Mutua Madrileña. Madrid.

A pesar de la alta sensibilidad y especificidad alcanzada por las técnicas de imagen, el diagnóstico de certeza de malignidad exige la confirmación histológica o citológica, previa al tratamiento definitivo. (34) La patología mamaria incluye un amplio espectro de lesiones: entidades no neoplásicas, tumores benignos y neoplasias malignas, hecho que implica que el diagnóstico citológico requiera un esfuerzo multidisciplinar entre radiólogos, patólogos y clínicos (triple test diagnóstico). (35)

Por tanto, se establecen diferentes métodos para realizar la valoración patológica, bien sea por estudio citológico por PAAF (Punción aspiración por Aguja Fina), o, por estudio histológico mediante BGA (Biopsia con Aguja Gruesa).

Seguido a esto, debe realizarse un estudio de extensión básico que comprende exámenes como; hemograma, bioquímica con función hepática, marcadores tumorales y radiografía de tórax.

Luego, se define el estadio a través del sistema de estadificación TNM, utilizado para describir la cantidad de cáncer y su diseminación en el cuerpo de un paciente. La letra T describe el tamaño del tumor y la diseminación del cáncer al tejido cercano (Figura 4); la letra N describe la diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos cercanos (Figura 5) y la letra M describe las metástasis (diseminación del cáncer a otras partes del cuerpo) (Figura 6). (36)

<b>Tumor primario (T)</b>	
<b>Tx</b>	El tumor primario no puede ser evaluado
<b>T0</b>	No evidencia de tumor primario
<b>Tis</b>	Carcinoma in situ (Carcinoma ductal in situ, Carcinoma lobulillar in situ, enfermedad de Paget del pezón sin carcinoma asociado. Nota: la enfermedad de Paget con carcinoma asociado se clasifica de acuerdo con el tamaño del tumor)
<b>T1</b>	Tumor de 2 cm o menos de dimensión mayor
<b>T1mic</b>	Microinvasión de 0,1 cm o menos de dimensión máxima
<b>T1a</b>	Tumor de más de 0,1 cm pero no más de 0,5 cm de dimensión máxima
<b>T1b</b>	Tumor de más de 0,5 cm pero no más de 1 cm de máxima dimensión
<b>T1c</b>	Tumor de más de 1 cm pero no más de 2 cm de máxima dimensión
<b>T2</b>	Tumor de más de 2 cm pero no más de 5 cm de máxima dimensión
<b>T3</b>	Tumor de más de 5 cm de máxima dimensión
<b>T4</b>	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o la piel
<b>T4a</b>	Extensión a pared torácica (no se incluye el músculo pectoral)
<b>T4b</b>	Edema (incluyendo piel de naranja) o ulceración de la piel de la mama, nódulos cutáneos satélites confinados a la misma mama
<b>T4c</b>	T4a + T4b
<b>T4d</b>	Carcinoma inflamatorio

*Figura 4. Calsificación TNM para la estadificación del cáncer.*

Tomado de: Oncosur. Guía clínica. Diagnóstico y tratamiento cáncer de mama.2007. Fundación Médica Mutua Madrileña. Madrid.

**Ganglios linfáticos regionales (N)**

<b>NX</b>	No pueden evaluarse (por ejemplo, previamente resecaados)
<b>N0</b>	No metástasis en ganglios regionales
<b>N1</b>	Metástasis en ganglios axilares ipsilaterales móviles
<b>N2</b>	Metástasis en ganglios axilares ipsilaterales fijos o adheridos entre sí, o en ganglios de la cadena mamaria interna ipsilateral clínicamente aparentes <sup>a</sup> (en ausencia de metástasis axilares clínicamente evidentes)
<b>N2a</b>	Metástasis en ganglios axilares ipsilaterales fijos entre sí o a otras estructuras
<b>N2b</b>	Metástasis únicamente en ganglios de la cadena mamaria interna ipsilateral clínicamente aparentes <sup>a</sup> (en ausencia de metástasis axilares clínicamente evidentes)
<b>N3</b>	Metástasis en ganglios linfáticos infraclaviculares ipsilaterales, o en ganglios de la cadena mamaria interna clínicamente aparentes <sup>a</sup> asociadas a metástasis en ganglios axilares clínicamente aparentes <sup>a</sup> , o metástasis en ganglios supraclaviculares ipsilaterales con o sin simultánea afectación de ganglios axilares y/o de cadena mamaria interna.
<b>N3a</b>	Metástasis en ganglios infraclaviculares ipsilaterales y ganglios axilares
<b>N3b</b>	Metástasis en ganglios de la cadena mamaria interna ipsilateral y ganglios axilares
<b>N3c</b>	Metástasis en ganglios supraclaviculares ipsilaterales

Figura 5. Clasificación TNM. Ganglios linfáticos regionales.

Tomado de: Oncosur. Guía clínica. Diagnóstico y tratamiento cáncer de mama.2007. Fundación Médica Mutua Madrileña. Madrid.

**Metastasis distantes (M)**

<b>MX</b>	Desconocidas
<b>M0</b>	No existen
<b>M1</b>	Sí existen

Figura 6. Clasificación TNM. Metástasis distantes.

Tomado de: Oncosur. Guía clínica. Diagnóstico y tratamiento cáncer de mama.2007. Fundación Médica Mutua Madrileña. Madrid.

Ahora bien, una vez se tiene la clasificación del estadio, se agrupan los diagnósticos según la Figura 7.

<b>Agrupación por Estadios</b>			
0	Tis	N0	M0
I	T1*	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1*	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	Cualquier T	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N M1	

\* T1 incluye T1mic

*Figura 7. Agrupación por estadios.*

Tomado de: Oncosur. Guía clínica. Diagnóstico y tratamiento cáncer de mama.2007. Fundación Médica Mutua Madrileña. Madrid.

### **7.1.2. Pronóstico**

El pronóstico se define como una indicación del riesgo futuro de que ocurra un suceso o un evento (recaída local, metástasis o muerte) independientemente del efecto de un tratamiento previo o posterior. (37)

Para lo cual, es fundamental reconocer los factores de pronóstico o características del paciente (edad, hábitos, comorbilidades, etc), del tumor (fenotipo tumoral, perfil genético, etc) que se relaciona con la supervivencia global o con cualquier otro resultado intermedio en los resultados clínicos del individuo.

Un factor pronóstico para considerarse útil en el estudio del paciente oncológico debe cumplir una serie de requisitos (37):

- Aportar valor pronóstico independiente, significativo y validado mediante estudios clínicos bien diseñados.
- Determinación factible, reproducible, ampliamente disponible y que supere los controles de calidad requeridos en cada caso particular.
- El resultado debe ser fácilmente interpretable por el clínico.

La integración de la información proporcionada por los factores pronósticos más relevantes puede agruparse como se presentan en la Tabla 2.

*Tabla 2. Factores pronósticos para el CM.*

• Factores pronósticos	
• Dependientes del paciente	Edad
	Estado general
	Comorbilidades
	Hábitos: tabaco, ejercicio, etc.
• Dependientes del tumor	TNM
	Receptores hormonales
	HER2
	Ki67
	Subtipos moleculares
	Perfiles génicos

A su vez, los factores pronósticos de la enfermedad pueden ser divididos en:

- Relacionados con el paciente: los que se relacionan con las características de la persona que padece la enfermedad. Son, fundamentalmente clínicos.
- Relacionados con la neoplasia: dependen de las características de la biología del tumor.

- Relacionados con el tratamiento: la evolución del cáncer depende, en gran medida, del tratamiento realizado sea, cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia o nuevas terapias anti – diana.
- Relacionados con el entorno: hacen referencia a las posibilidades de recibir distintos tratamientos por parte de los pacientes debido a su entorno social, nivel cultural, económico y zona geográfica.

### **7.1.3. Tratamiento**

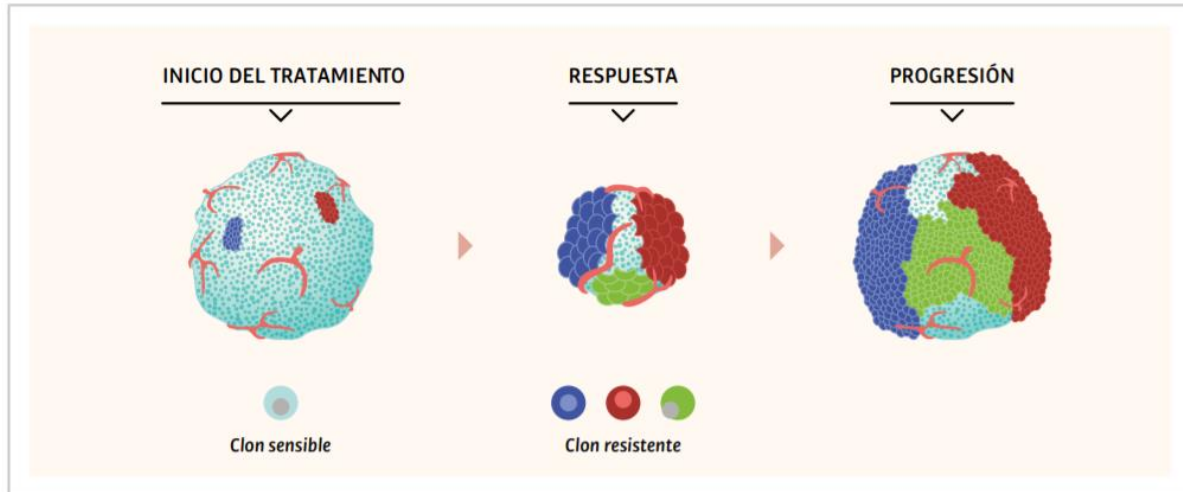
Las referencias históricas del cáncer de mama y su tratamiento se remontan a las antiguas civilizaciones. En 1984, William Halsted describe la técnica quirúrgica de la mastectomía radical (extirpación de la glándula, pectoral mayor, pectoral menor, linfadenectomía axilar completa) convirtiéndose en la principal forma de tratamiento hasta la fecha. (38)

La información aportada por las características histológicas e inmunohistoquímicas convencionales ha sido ampliada por los tests genéticos predictivos: mediante la cuantificación de ciertos genes y la aplicación de unos coeficientes de ponderación según el impacto en su valor predictivos. (37)

Los tratamientos para el cáncer de mama dependerán de su diagnóstico y clasificación, puesto que, cada tipo de tumor tiene comportamientos diferentes.y así mismo deberá ser su tratamiento. Los tumores son tejidos complejos que dependen de la intercomunicación entre varios tipos celulares, con la misma complejidad histológica de los tejidos a partir de los cuales se desarrollan.

A menudo los carcinomas dependen fisiológicamente de estas estructuras, lejos de ser organismos totalmente autosuficientes a pesar de sus características de inmortalidad (38) y evolucionan para bien o para mal según el tratamiento, es decir, pueden mostrar una disminución en su tamaño, o por el contrario una progresión en el mismo debido a una resistencia (Figura 8).





*Figura 8. Evolución de los tumores.*

Fuente: Factores pronósticos y predictivos en cáncer de mama. Una visión evolutiva de la morfología a la genética.[Internet] Sociedad Española de Senología y Patología mamaria. 2016. <https://www.sespm.es/wp-content/uploads/2018/06/MONOGRAFIA-SESPM-2017-Ebook.pdf>

#### 7.3.1.1. Tratamiento en etapa temprana

Opciones quirúrgicas para cáncer de mama localizado incluyendo tratamiento conservador de la mama y mastectomía.

#### 7.3.1.2. Tratamiento conservador de la mama

Ofrece la posibilidad de conservar la mama sin comprometer la supervivencia. Se remueve el tumor quirúrgicamente sin cantidades excesivas de tejido mamario normal. Después se trata con radioterapia.

#### 7.3.1.3. Tratamiento con radioterapia

La radioterapia complementaria reduce el porcentaje de recidivas locoregionales y mejora la supervivencia.



## 7.2 Identificar las diferentes barreras en la comunicación médico-paciente en el ámbito laboral, nutricional, psicológico y fertilidad.

En general, cualquier enfoque “centrado en el paciente” describe una filosofía moral con tres valores centrales:

1. Tomar en consideración las necesidades, requerimientos, perspectivas y experiencias individuales de cada paciente.
2. Ofrecerles la oportunidad de participar activamente del cuidado de su salud.
3. Propiciar la colaboración y el entendimiento en la relación entre médicos y pacientes.

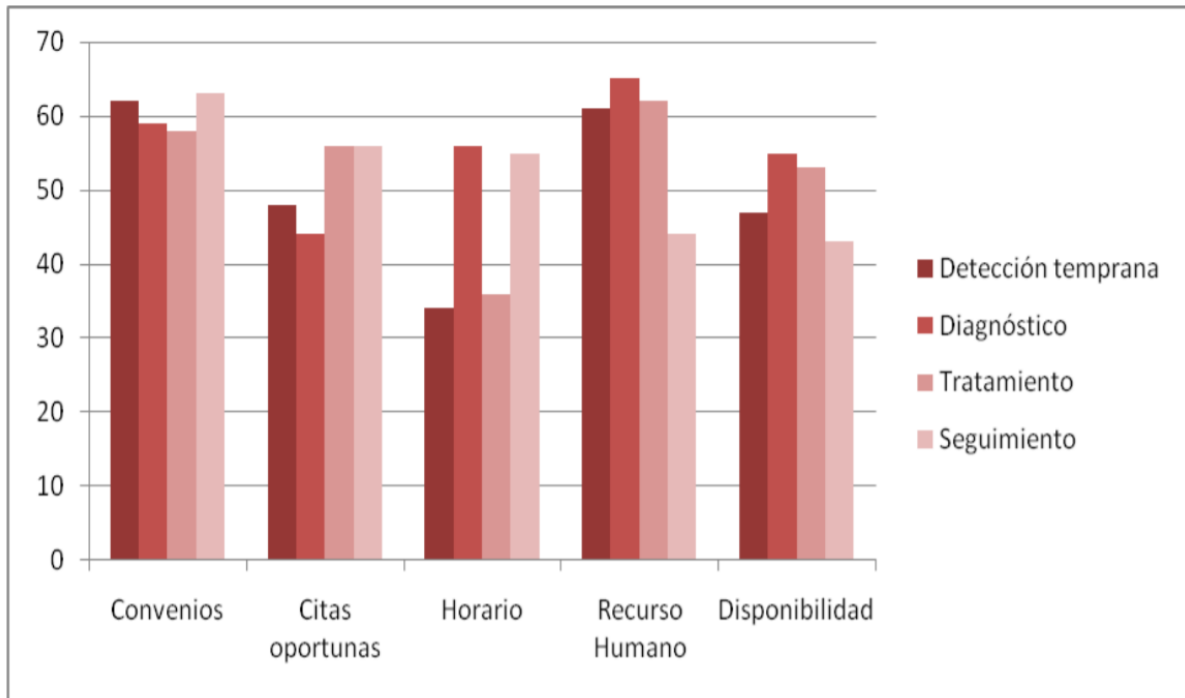
Ahora bien, la comunicación centrada en el paciente de CM implica:

1. Obtener, comprender y validar la perspectiva de la paciente (sus preocupaciones, sentimientos, expectativas, etc).
2. Comprender a la paciente en su contexto psicológico y social.
3. Adquirir una visión compartida del problema de la paciente y de su tratamiento.
4. Ayudar a la paciente a implicarse en el cuidado de su propia salud ofreciéndole alternativas que tengan un significado para ella.

Una barrera se define como un obstáculo que bloquea la comunicación efectiva, en este caso, la comunicación médico-paciente. El estudio de los pacientes y las enfermedades no sólo puede evaluarse desde el punto de vista orgánico, sino también desde una perspectiva social, donde se trata de medir la relevancia de la enfermedad para las personas, sus implicaciones y percepciones individuales y grupales. Este enfoque, además, toma en cuenta la cultura y creencias de la población. (39)

Existen muchos obstáculos que bloquean la comunicación efectiva entre el médico y el paciente, cuando el sentido de confianza, franqueza, curiosidad y respeto necesarios para la fluidez en la comunicación médico-paciente no existe puede impedir las tres funciones de la entrevista: recolección de datos, establecer una relación terapéutica y la implementación de un plan de tratamiento, y, generar

obstáculos como; emocionales, socioculturales, cognitivos e interpersonales que afectan, claramente, el comportamiento del ser, indistintamente de la definición comprendida por cada mujer, el cáncer es visto por la mayoría como una enfermedad que genera situaciones encontradas incluso en las diferentes etapas de la enfermedad, es decir, en la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y finalmente el seguimiento, como se presenta en la Figura 9.



*Figura 9. Barreras de los servicios de salud para las mujeres con cáncer de mama.*

Fuente: Susan G. Komen for the Cure. Barreras y oportunidades en la atención de salud en mujeres con cáncer de mama en la Ciudad de Panamá.

Referente al ámbito psicosocial, se agrupan en tres aspectos fundamentales, de acuerdo a la revisión bibliográfica; conocimientos-creencias-actitudes, experiencia personal y redes de apoyo, y servicios de salud (Tabla 3).

Tabla 3. Barreras de comunicación de tipo psicosocial.

	Cognoscitivo	Comportamental	Afectivo
<b>CONOCIMIENTO-CREENCIAS- ACTITUDES</b>	<p><b>Conocimiento e información obtenida del cáncer:</b> conocen y aprenden más luego del diagnóstico</p> <p><b>Antecedentes familiares:</b> Tendencia de antecedentes familiares con cáncer</p> <p><b>Orientación en Seguimiento:</b> Cumplen seguimiento solicitado por los médicos</p>	<p><b>Forma de diagnóstico:</b> Autocuidado y mamografía</p> <p><b>Tratamientos preventivos previos:</b> No todas se realizan mamografías como medio preventivo.</p> <p><b>Realización de tratamientos preventivos post:</b> Siempre cumplen con los preventivos luego de sus tratamientos</p>	<p><b>Autopruebas preventivas:</b> No los realizan por no considerarse mujer en riesgo o por temor a que salga positivo</p> <p><b>Temores sobre el cáncer:</b> temores iniciales a la muerte y el consecuente abandono a los familiares y a un futuro</p>
<b>EXPERIENCIA PERSONAL Y REDES SOCIALES</b>	<p><b>Año de diagnóstico:</b> mayoría entre 2008 y 2011</p> <p><b>Estadio de la enfermedad:</b> nivel avanzado</p> <p><b>Orientación de seguimiento:</b> Todas fueron orientadas a las siguientes etapas y su seguimiento</p>		<p><b>Temores hacia el cáncer:</b> inicial temor a la muerte. Intenso deseo de sobrevivir y luchar</p> <p><b>Apoyo moral, afectivo y económico:</b> Todas recibieron apoyo familiar. Las menores de 50 años tienen familias más estables y obtienen más apoyo de los conyugues</p>
<b>SERVICIOS DE SALUD</b>	<p><b>Lugar de tratamiento:</b> sector público: ION, algunas fueron referidas desde el Seguro Social. Sector privado: Centro Médico Paitilla, Punta Pacifica y CHOP</p> <p><b>Barreras iniciales:</b> las más importantes en las de atención pública en etapa de detección; en privadas sin inconvenientes.</p> <p><b>Actores de los procesos:</b> En general resultaron atentos y amables</p> <p><b>Tiempos de atención:</b> en todas las etapas muy favorables en la mayoría de los casos</p> <p><b>Lugar de seguimiento:</b> sector público: ION. Sector privado: Punta Pacifica, Centro Médico Paitilla y CHOP</p>	<p><b>Costos y costeo del tratamiento:</b> aquellas con seguro social, costearon a través de éste. Las de escasos recursos, hicieron arreglos de pago con el ION. Sector privado: seguros privados y en ocasiones por medios propios</p>	

Fuente: <https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content/AboutUs/GlobalReach/Panama%20Health%20System%20Report.pdf>

En cuanto a los servicios de salud, dentro de los que se puede incluir el servicio de nutrición, se evidencia que la mayoría se relaciona con trámites institucionales o administrativos como la elaboración de convenios para dar una atención continua de la paciente, es decir, desde su detección, tratamiento y seguimiento posterior. Seguido a esto, se identifica que la ausencia del recurso humano, la disponibilidad del mismo, y las citas oportunas, son factores que afecta el trato integral que se supone, debería dar a las pacientes.

La World Cancer Reserach Fund y el American institute for cancer Reserach estiman que el 34% de los cánceres y hasta el 70% de ciertos tipos como esófago

y endometrio pueden prevenirse con dieta, una nutrición adecuada, actividad física y grasa corporal bien equilibrada. (40)

En el desarrollo del cáncer de mama existen determinados factores que pueden favorecer su aparición (Tabla 4). Destaca el sobrepeso y la obesidad en mujeres postmenopáusicas, como factor que aumenta el riesgo de cáncer de mama por la producción de estrógenos en el tejido adiposo a través de una vía celular que contiene la enzima aromatasa. Frecuentemente la obesidad va unida a la diabetes tipo 2, resistencia a la insulina, aumento de la glucemia sanguínea y mayor producción de insulina que, en algunos tipos de cáncer, actúa como factor mitógeno acelerando el crecimiento del tumor. (40)

*Tabla 4. Factores de riesgo Cáncer de mama.*

<p><b>Factores relacionados con los estilos de vida</b></p>	<p>Obesidad tras la menopausia Sobrepeso tras la menopausia Dieta hipercalórica rica en grasa y pobre en fibra Exposición al dietilestilbestrol (DES) Consumo de tabaco Consumo de alcohol Tratamiento hormonal sustitutivo Sedentarismo</p>
<p><b>Otros factores de riesgo</b></p>	<p>Edad: mayor incidencia entre 50-65 años. Raza: mujeres de raza blanca son más propensas. Antecedentes familiares Factores hormonales: menarquía precoz, menopausia tardía, ausencia de embarazo o embarazo a una edad avanzada. Tratamiento con radioterapia sobre la mama en la infancia o adolescencia. Enfermedades benignas de la mama de tipo proliferativo.</p>

Fuente: López Blázquez, L. Ramiro Armuña, I. Influencia del estado nutricional en la prevención y evolución del cáncer de mama. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. 2018.

Simultáneamente, se evidencian factores protectores (Tabla 5), que pueden disminuir la probabilidad de padecer cáncer de mama, como son la práctica regular de ejercicio físico, la lactancia materna y la alimentación saludable. (40)

Tabla 5. Factores nutricionales de riesgo en el cáncer de mama.

<b>Factores nutricionales de riesgo</b>	Dieta occidental rica en carne roja y procesada. Productos lácteos con altos contenidos grasos. Azúcar refinada. Consumo excesivo de café y bebidas azucaradas. Alta densidad calórica. Consumo de alcohol. Consumo de grasa animal. Índice glicémico alto
---	---

Fuente: López Blázquez, L. Ramiro Armuña, I. Influencia del estado nutricional en la prevención y evolución del cáncer de mama. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. 2018.

En el ámbito de lo sanitario y sociosanitario, son muchos los problemas que se originan cuando la comunicación no es buena, apresurada e impersonal. Aproximadamente entre un 30 y un 50% de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a causa de una deficiente comunicación con el profesional sanitario. (41)

Lo anterior, se evidencia de la misma forma en pacientes que tienen cáncer de mama y que además tienen interés en quedar embarazadas. Por tanto, el tratamiento del cáncer de mama asociado a la gestación debe seguir los mismos criterios que en el resto de las mujeres con cáncer.

En cuanto al diagnóstico La primera visita obstétrica es de gran importancia, pues luego el examen físico se dificulta con los cambios fisiológicos de la mama durante el desarrollo del embarazo. Se realizará segundo examen de mama en la semana 30, un tercer, cuarto examen a los 3 y 6 meses del parto respectivamente y por último al año de parida. (42)

Sin embargo, uno de los inconvenientes de estos tratamientos es, en ocasiones, la pérdida de la función reproductiva, ya sea total o parcial. Los fármacos empleados en el tratamiento del cáncer de mama frecuentemente tienen un efecto gonadotóxico que afecta a la población ovárica de folículos primordiales. (43)

Por otra parte, las personas que superan el cáncer tienen razones emocionales y económicas para reincorporarse al trabajo, a un empleo que les devuelva la normalidad, la estabilidad, el contacto social y los ingresos. Para las empresas, apoyar a las personas a reincorporarse al trabajo después de un diagnóstico de cáncer mejora su capacidad para conservar empleados con experiencia, reduce las ausencias por enfermedad y ayuda a mantener una plantilla de trabajadores fuerte y productiva. (44)

Algunos estudios han referido programas de atención integral para la atención del cáncer de mama que pueda repercutir en la incidencia y la supervivencia del mismo, considerando la disponibilidad local de recursos, los rasgos socioculturales de la comunidad y las variables económicas (Tabla 6).

Tabla 6. Programa de atención a las pacientes con Cáncer de mama.

Nivel de recursos	Educación de las pacientes y sus familias	Aumento de capacidades de los recursos humanos	Navegación de pacientes
Básico	Educación general con respecto a prevención primaria del cáncer, detección temprana y autoexploración	Educación de los proveedores de atención primaria (detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama) Educación de las enfermeras (atención y apoyo emocional para las pacientes con cáncer) Adiestramiento de técnicos en anatomía patológica (manejo de tejidos y preparación de muestras) Capacitación de los agentes comunitarios	La enfermera de campo, la partera o el proveedor de asistencia sanitaria deriva a las pacientes pertinentes a un establecimiento central para diagnóstico y tratamiento
Limitado	Orientación en grupos o individual que incluya a la familia y a otras personas que brinden apoyo	Educación de las enfermeras (diagnóstico del cáncer de mama, tratamiento y atención de las pacientes) Educación de los técnicos en imagenología (técnicas de obtención de imágenes y control de calidad) Equipo de reclutamiento de voluntarias para apoyar la atención	Un navegador de pacientes del establecimiento (enfermera u otro miembro del personal) facilita la clasificación y filtrado de las pacientes a lo largo de los procesos de diagnóstico y tratamiento
Amplio	Educación sobre supervivencia Educación sobre linfedema Educación sobre asistencia domiciliaria	Organización de una red nacional de voluntarias Capacitación especializada en enfermería oncológica Enfermería para asistencia domiciliaria Fisioterapeutas y terapeutas para el linfedema Citopatólogos en cada establecimiento	Un equipo de navegación de pacientes de cada disciplina apoya la "entrega-recepción" de las pacientes durante la transición crucial de un especialista a otro, para cerciorarse de que se siga el tratamiento completo
Máximo		Organización de grupos de salud de la mama nacionales médicos	

Fuente: Adaptado de Anderson BO, Yip CH, Smith RA, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. Cancer. 2008 Oct 15;113(8 Suppl):2221-43.

7.3 Conocer las necesidades de información para las pacientes con cáncer de mama en los temas de nutrición, psicología, fertilidad y ámbito laboral.

Mantener una adecuada relación médico-paciente a través de la formación e información del paciente, incentiva la prevención en salud y adherencia al tratamiento, la cual se acoge de acuerdo a varios factores que, de una u otra forma, deben vincular al paciente para seguir los procedimientos respectivos frente su tratamiento. La OMS resalta como determinantes de la adherencia terapéutica factores socioeconómicos, relacionados con el tratamiento, el paciente, la enfermedad y el sistema o equipo de asistencia sanitaria; estos se detallan en la Figura 10.

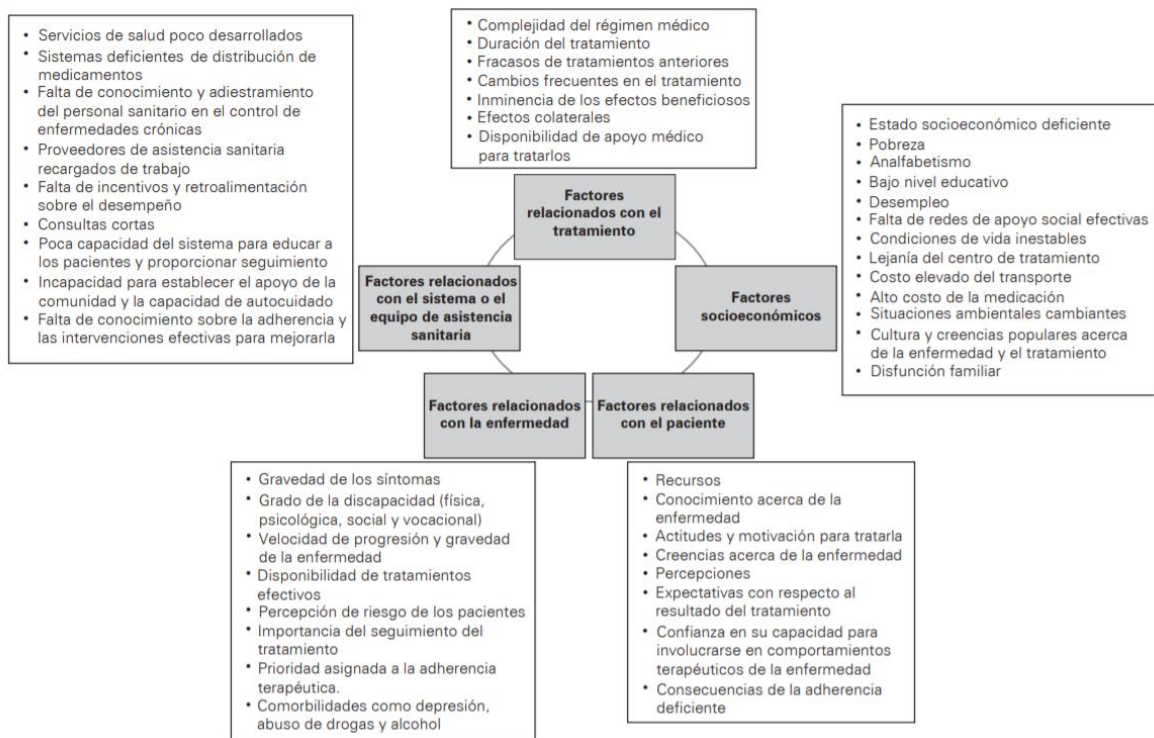


Figura 10. Determinantes de la adherencia terapéutica.

Fuente: Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. MÉD.UIS. 2015;28(1):7-13.

En esta relación hay dos grandes actores, el médico quien tiene el conocimiento técnico y científico, y el paciente quien por ayuda. Para que esta relación funcione adecuadamente es necesaria la confianza mutua. (45)



Sin embargo, esta confianza se ve alterada cuándo los médicos brindan información a sus pacientes en un lenguaje técnico que genera poco entendimiento en ellos, al mismo tiempo dudas y preocupaciones innecesarias dadas las condiciones de gravedad de un cáncer.

Frente a la identificación de las barreras de comunicación en los diferentes ámbitos que se han desarrollado a lo largo de la presente revisión, se evidencia que en muchos casos la percepción que tiene el profesional, es decir, el médico, no se ve reflejada en la comprensión que tiene el paciente a las manifestaciones del profesional de la salud.

Reflejo de estas diferencias de percepción es el hecho que los médicos sobreestiman sus habilidades de comunicación, como muestra un estudio realizado por la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos, en el que el 75% de los 700 ortopedistas encuestados calificaron su comunicación como satisfactoria, mientras solo 21% de 807 pacientes calificaron igual. (45)

Ahora bien, frente a los ámbitos específicos que se han tratado en el presente documento, psicología, nutrición, laboral y fertilidad, se establecen numerosos factores extrapolados desde las características generales a las particulares de cada uno de estos.

En este orden ideas, se sabe por ejemplo que el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico efectivo de cáncer se describe como el período de mayor angustia. En su mayor parte, a pesar del miedo, las mujeres dan los pasos convenientes para aclarar la sospecha de la existencia o no de cáncer. (46)

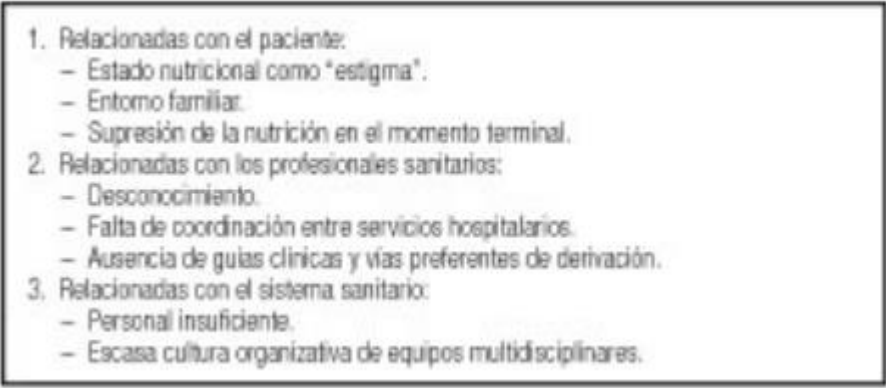
Para ello, desde la Psicología se ha desarrollado una especialidad llamada, Psicología Oncológica o Psicooncología considerada un campo de la Psicología de la Salud que se centra en el estudio e intervención sobre los factores psicosociales asociados al diagnóstico y tratamiento del paciente, sus familiares y el equipo de salud, así como sobre los factores comportamentales que afectan el riesgo de desarrollar la enfermedad y disminuir la supervivencia con el empleo de categorías, conceptos métodos y técnicas propias de la Psicología. (47)



Pero la necesidad de informar correctamente al paciente favorece la toma de decisiones del enfermo, mejora la relación médico-paciente e incrementa su adherencia a los tratamientos. El problema de la información del diagnóstico y el pronóstico (la llamada “comunicación de malas noticias”) no puede hacerse al margen de consideraciones psicológicas y personales y aun cuando sea una tarea propia del médico, éste necesita de formación y orientación psicológica adecuada para cumplirla con éxito. (47)

Frente a las tareas que implican al nutricionista se reparten en distintos niveles. La asistencia se realiza en ámbitos diferentes: zona de hospitalización, hospital de día y consulta externa. Hay participación activa en las labores de información y comunicación con los pacientes y sus familiares. La evaluación del estado nutricional del paciente con cáncer debe realizarse al diagnóstico, para detectar precozmente el déficit de nutrientes específicos y la desnutrición general o el riesgo de desarrollarla. (48)

Así mismo, se evidencian algunas barreras en la asistencia nutricional del paciente oncológico

- 
1. Relacionadas con el paciente:
    - Estado nutricional como "estigma".
    - Entorno familiar:
    - Supresión de la nutrición en el momento terminal.
  2. Relacionadas con los profesionales sanitarios:
    - Desconocimiento.
    - Falta de coordinación entre servicios hospitalarios.
    - Ausencia de guías clínicas y vías preferentes de derivación.
  3. Relacionadas con el sistema sanitario:
    - Personal insuficiente.
    - Escasa cultura organizativa de equipos multidisciplinares.

*Figura 11. Barreras que dificultan la asistencia nutricional del paciente oncológico.*

Fuente: Molina Villaverde, Raquel. Oncologist patient of XXI century. Interaction Nutrition-Medical Oncology. Nutrición hospitalaria. vol.33 supl.1

En términos generales, se debe evitar que el tema de la nutrición se convierta en una obsesión tanto para el paciente como para su familia. Los profesionales del área de la salud deben reconocer el apoyo de la asistencia nutricional como parte fundamental

de la adherencia a los tratamientos establecidos para las pacientes de cáncer de mama y, finalmente, se deben establecer las rutas pertinentes a nivel institucional para que se dé la atención oportuna de los pacientes oncológicos.

Lo mismo sucede frente al ámbito de la fertilidad, el manejo clásico del paciente con cáncer está orientado a un rápido y oportuno acceso a los tratamientos, lo que ocasionalmente dificulta una adecuada consejería sobre las opciones para preservar la fertilidad. Más aún, en la mujer, el desarrollo de las técnicas de preservación de fertilidad es un esfuerzo reciente y muchas pacientes y proveedores de la salud no están familiarizados con el rápido avance en el desarrollo de las técnicas. Esto se traduce en una baja consejería y acceso a las técnicas disponibles hoy. (49)

De una manera global, el paciente oncológico es tratado fundamentalmente por varios profesionales del área de la salud dentro de las áreas de esta ciencia, sin embargo, cuando se abordan temas como el nutricional, la fertilidad, el psicológico y el laboral, se identifican que frente a estas competencias la comunicación es reducida, a tal punto, que muy pocos pacientes pueden conseguir información de la mano de los profesionales expertos en dichas áreas.

Se encuentra, por ejemplo, que muchos pacientes que superan el cáncer quieren retomar el control de su propia salud y bienestar. Lo cual, obliga a los empleadores a brindar acceso a la información y a las herramientas para dar más capacidad a los pacientes para autogestionar su salud y para ayudarles a adaptar este apoyo a sus propias necesidades. Así mismo, preparar al personal que se relacionará con el paciente oncológico para que se trate de la manera más natural posible. (44)

En pocas palabras, la conformación de equipos multidisciplinarios que incorporen la visión oncológica, reproductiva, apoyo psicosocial adecuado y las preferencias de los pacientes, frente a diversos temas en los que su enfermedad pueda causar algún estrago, son fundamentales para atender las necesidades de quienes se enfrentan a tratamientos gonadotóxicos especiales para la erradicación de células cancerígenas.

7.4 Desarrollar un modelo de comunicación que permita mejorar la comunicación médico-paciente para brindar información completa sobre el cáncer de mama.

El objetivo primordial de la atención sanitaria en el medio hospitalario es promover el máximo bienestar posible para el paciente y la familia, sin olvidarse el equipo asistencial. Para ello, como ya se ha ido mencionando, es necesaria la existencia de profesionales que trabajen como grupo coordinado. (48)

Una adecuada comunicación trae dos importantes beneficios: compartir información clínica apropiadamente y una buena relación médico-paciente. Los pacientes que están informados y educados sobre su salud y cómo mejorar su estado de bienestar se recuperan más rápido que quienes no lo están. Además, los pacientes se benefician de médicos con buena comunicación interpersonal pues logran una mejor comprensión de la información médica, se adaptan mejor psicológicamente, están más satisfechos con la atención, se adhieren mejor al tratamiento y confían más en sus médicos. (44)

Desde el punto de vista de la comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios que se encuentran implicados en los mismos objetivos de salud, siendo estos objetivos de la Institución o los propios objetivos de cada uno de los pacientes, la comunicación y el trabajo en equipo son pilares imprescindibles. Estudios como el estudio ENEAS o el Estudio APEAS (Estudio Nacional de Eventos Adversos ligados a Atención Primaria) concluye que el 24,6% de eventos adversos que suceden en atención primaria son debidos a la comunicación y que el 3,2% son evitables. Factores causales relacionados con la comunicación: comunicación médicopaciente (15%), comunicación enfermería-paciente (4,9%), comunicación médico-medico (3,6%), comunicación médico-enfermería (0,8%), barrera cultural (2,9%), barrera idiomática (1,6%) y otros factores (3,1%). (41)

Es importante entonces, que las herramientas de comunicación empleadas en el tamizaje de cáncer de mama cuenten con atributos de calidad como la facilidad de comprensión del mensaje, acercamiento a la población, sencillez, reproducibilidad y costo efectividad. Del mismo modo, la información proporcionada a las mujeres ha de cumplir con características de accesibilidad, relevancia, comprensión y adaptación.

Debe ser completa, específica para cada fase del tamizaje y satisfacer las necesidades de las usuarias en diferentes niveles. (45)

En este sentido se proponen dos modelos para establecer la relación, en primera instancia, entre todas las disciplinas que deben conversar para orientar de manera integral al paciente oncológico. Son el modelo de interconsulta y el modelo funcional. El primero es el más prevalente y consiste en que el experto en ámbito específico sea solicitado mediante parte de interconsulta cuando el oncólogo lo considere, por ejemplo, un psicólogo, un nutricionista, un ginecobstetra o un trabajador social que pueda brindar una información más detallada en los aspectos cotidianos que modificará el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

El segundo estaría basado en la incorporación del profesional especialista en las áreas antes mencionadas dentro de las unidades de oncología. Sería un modelo integrado. Así, los expertos participarían e intervendrían desde el primer contacto en todas las fases y actividades del servicio o unidad. La persona afectada permanecería de forma constante bajo la tutela del equipo durante todas las fases del proceso evolutivo del cáncer.

En cualquiera de los casos, la realización de sesiones periódicas y protocolos clínicos es indispensable. El equipo médico debe funcionar como un engranaje en el que el paciente vea atendidas todas sus necesidades por un equipo de profesionales coordinados, procedentes de distintos campos, que le sirve de referencia y que es de su confianza. (48)

Por ejemplo, para la evaluación del riesgo de la fertilidad y la selección de una estrategia individualizada para optimizar la fertilidad después del tratamiento del cáncer, son enormes retos y requieren una intensa cooperación entre el equipo médico y las pacientes. En este contexto, los profesionales de la salud que tratan a pacientes jóvenes contra el cáncer o patologías benignas gonadotóxicas, deben ser conscientes de los efectos adversos del tratamiento sobre la fertilidad, de las estrategias para minimizar estos efectos y de las técnicas actualmente disponibles. Esto implica informar adecuadamente a las pacientes y sus familias, facilitar la oportuna referencia a un especialista en fertilidad y adaptar los tratamientos

oncológicos a los requerimientos de las pacientes en relación a sus deseos reproductivos futuros. (49)

De la misma manera, para un óptimo acompañamiento nutricional, se deben analizar los diversos factores que contribuyen a las alteraciones nutricionales del paciente. Para ello, es recomendable que se evalúe precoz y periódicamente el estado de nutrición y los factores que pueden contribuir a su deterioro y se inicie sin demora, cuando esté indicado, un tratamiento específico. Para aquellos pacientes con desnutrición o con riesgo de ella, debe diseñarse una estrategia de soporte nutricional específica, adaptada a cada enfermo en particular, la situación de la neoplasia de base y el tratamiento recibido (cirugía, radioterapia, quimioterapia). (48)

Como parte de un enfoque más amplio para gestionar el cáncer en su lugar de trabajo junto a otras intervenciones de apoyo para que sus empleados estén más sanos y sean más productivos, se puede brindar a los líderes empresariales, a los jefes directos y a los compañeros la información sobre los efectos del tratamiento del cáncer a través de los canales de comunicación del lugar de trabajo. (44)

En cuanto a la Psicología Oncológica, se ha evidenciado que puede contribuir a desentrañar los mecanismos psicológicos que subyacen en la adopción y mantenimiento en los estilos de vida en relación con los factores de riesgo al cáncer, fomentar el autocuidado y la autoresponsabilidad por la salud, haciendo que en la estructura jerárquica motivacional de las personas estos valores ocupen posiciones cimera, trabajar en los métodos activos en la modificación de conductas, diseñar estrategias de intervención comunitarias en la detección precoz de algunos tipos de cáncer y sobre todo en la búsqueda de atención médica disminuyendo los tiempos de decisión en la búsqueda de ayuda médica, cuando por los signos de alerta, una persona sospecha tener alguna manifestación de enfermedad. (47)

Si bien se han identificado las barreras de comunicación y las principales características que pueden solventar las falencias y permitir la construcción de modelos de atención integral a pacientes oncológicos, se han evidenciado diferentes plataformas on - line y aplicaciones que facilitan la interacción del paciente con su diagnóstico. Es decir, surgen desde la necesidad misma de la comunicación integral

en cuanto a los diferentes ámbitos de la vida que pueden llegar a ser modificados por la ocurrencia de un diagnóstico de cáncer, dados los precedentes de la patología.

La mayoría de estas plataformas son gratuitas y tienen calificaciones sobresalientes por las personas que las utilizan, bien sean pacientes, empleadores, familiares o amigos que estén en contacto permanente con el cáncer.

Actualmente el uso de Internet ofrece un acceso más fácil a la información, por lo que la navegación debe ser orientada. Una encuesta realizada por Harris, reveló que el número de personas que realizan búsquedas sobre temas de salud en internet se ha triplicado, pasando de 50 a 175 millones, entre 1998 y 2010. Un buen método para integrar esta forma de educación es por medio de folletos con listas de páginas web autorizadas e instrucciones sobre cómo evaluar la validez de la página, evitando la charlatanería que solo lleva a prácticas erróneas y genera miedo entre los pacientes. (45)

El contenido se debe limitar a uno o dos objetivos clave y debe ser redactado en lenguaje para personas con nivel de básica primaria, acompañado de imágenes y gráficos. Otras opciones incluyen: cintas de audio o vídeo, discos compactos, programas interactivos, aplicaciones para dispositivos móviles y sitios web interactivos. (45)

Cuando se trata de organizaciones que gestionan conocimiento, la comunicación deviene el arma más importante para proyectar objetivos estratégicos, no solo en quienes tienen la responsabilidad de garantizar ese proceso, sino en aquellos sobre los cuales impactará objetivamente por ser comunicadores de este. (46)

Para los empleadores, por ejemplo, se evidencian plataformas donde se presentan políticas e implementación paulatina de protocolos para el reintegro y la transición de pacientes con cáncer

## PARA LOS EMPLEADORES

### **Workplace Transitions For People Touched By Cancer (Transiciones laborales para las personas que padecen cáncer)**

Una herramienta gratuita, ubicada en la web, que tiene el fin de ayudar a apoyar la comunicación entre los gerentes y empleados en torno al cáncer y el trabajo. Entender los efectos secundarios: El “quimiocerebro” y el cansancio.

[www.workplacetransitions.org](http://www.workplacetransitions.org)

### **Cancer Council Australia (Consejo del cáncer de Australia)**

Tener cáncer y seguir trabajando. El impacto del cáncer en el trabajo.

[www.cancer.org.au](http://www.cancer.org.au)

### **Cancer + Careers**

Educating yourself on cancer (inglés y español).

[www.cancerandcareers.org](http://www.cancerandcareers.org)

### **National Business Group On Health (Grupo Empresarial Nacional dedicado a la Salud de EE. UU.)**

Una guía para el empleador para la prevención y tratamiento del cáncer.

[www.businessgrouphealth.org](http://www.businessgrouphealth.org)

*Figura 12. Plataformas on-line para empresarios que tienen vinculados pacientes con cáncer.*

Fuente: BUPA. Trabajar y tener cáncer. Apoyar a los empleados que padecen cáncer a reincorporarse al trabajo. [bupa.com/cancer](http://bupa.com/cancer) [uicc.org](http://uicc.org).

Así mismo, se encuentran plataformas para que los empleados que han sobrevivido a un cáncer tengan la posibilidad de resolver las dudas frente a su nueva cotidianidad en el trabajo (Figura 12).

## PARA LOS EMPLEADOS

### **Bupa - The Blue Room (Bupa - El cuarto azul)**

Una fuente de información en línea para entender lo que implica vivir con cáncer.

[www.theblueroom.bupa.com.au](http://www.theblueroom.bupa.com.au)

### **Cancer Council Victoria (Consejo del cáncer de Victoria)**

Cancer, work and you – A guide for people with cancer, their families and friends (El cáncer, el trabajo y usted: una guía para las personas con cáncer, sus familias y amigos).

[www.cancervic.org.au](http://www.cancervic.org.au)

### **GEPAC: Grupo Español de Pacientes con Cáncer**

Es una alianza sin fines de lucro de asociaciones de pacientes y organizaciones basada en un enfoque de interacción con los pacientes. Brindan noticias, eventos y servicios que crean una sensación de comunidad. También suministran ayuda psicológica y legal, ayuda y asesoramiento para mantener el aspecto físico afectado por los cambios que se producen en el cuerpo debido al cáncer y ayuda en línea o telefónica para los pacientes.

[www.gepac.es](http://www.gepac.es)

### **The National Coalition For Cancer Survivorship (Coalición Nacional Para Sobrevivir al Cáncer de EE. UU.)**

El "Cancer Survival Toolbox®: Primeros Pasos para la Supervivencia al Cáncer" es un programa de audio gratuito creado por las principales organizaciones dedicadas al cáncer con la finalidad de ayudar a las personas a desarrollar habilidades para entender y enfrentar los desafíos de su enfermedad. Disponible en inglés y español.

[www.canceradvocacy.org](http://www.canceradvocacy.org)

### **LIVESTRONG**

Problemas de empleo

[www.livestrong.org](http://www.livestrong.org)

*Figura 13. Plataformas on - line para el reintegro laboral del paciente oncológico.*

Fuente: BUPA. Trabajar y tener cáncer. Apoyar a los empleados que padecen cáncer a reincorporarse al trabajo. [bupa.com/cancer\\_uicc.org](http://bupa.com/cancer_uicc.org).



Es responsabilidad del médico compartir la información pertinente para asesorar esa toma de decisiones y lograr que los objetivos establecidos sean congruentes tanto para el médico como el paciente. El consentimiento informado es un buen ejemplo del proceso comunicativo que se debe entablar entre el médico y el paciente, dado que se debe explicar concienzudamente al paciente su enfermedad y los posibles tratamientos para que él tome una decisión responsable. Además, la información clínica no es lo único que el paciente espera recibir, ellos sienten la necesidad de ser conocidos y reconocidos por los profesionales de la salud y creen que su vulnerabilidad debe ser respetada. (47) Sin embargo, los pacientes también deben conocer cómo tener una mejor comunicación con su médico. En este sentido, los psicólogos clínicos juegan un papel importante pues pueden enseñar cómo lidiar con el estrés, el dolor, las falsas expectativas y las debilidades psicosociales, para lo cual, se han establecido actitudes en pro de la relación médico – paciente que facilitará el diálogo entre las partes interesadas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vestimenta adecuada</li> <li>-Buena higiene</li> <li>-Consultorio pulcro y privado</li> <li>-Saludar al paciente por su nombre</li> <li>-Extender la mano al paciente</li> <li>-Presentarse y dar a conocer su cargo</li> <li>-Sentarse frente al paciente, mirarle a los ojos</li> <li>-Vocabulario sencillo y respetuoso</li> <li>-Ser empático</li> <li>-Expresar humanidad</li> <li>-Dar sensación de seguridad</li> <li>-Brindar confianza como persona y profesional</li> <li>-Calmar la ansiedad del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponibilidad de escucha</li> <li>-Dejar que el paciente exponga sus molestias sin interrupciones</li> <li>-Intercambiar puntos de vista con el paciente</li> <li>-Resolver dudas</li> <li>-Hacer al paciente participe de las decisiones terapéuticas</li> <li>-Ser veraz, educador y alentador</li> <li>-Respeto</li> <li>-Vocación de servicio</li> <li>-Tener conocimientos y estar actualizado</li> <li>-Individualizar la atención médica</li> </ul>
---	---

*Figura 14. Actitudes en pro de la relación médica - paciente.*

Fuente: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a01.pdf>

En este orden de ideas, se plantean, sede la revisión bibliográfica, modelo funcional o interconsulta que puede ser apoyado a partir de las páginas web, plataformas on line y apps que proporcionen información integral al paciente de cáncer de mama y los diferentes ámbitos que pueden verse afectados por la adquisición de dicha patología.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre el cáncer [Internet]. WHO. [citado 3 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
2. Liga Colombiana contra el cáncer. Ruta por la Vida. Liga contra el Cáncer [Internet]. [citado 3 de junio de 2019]. Disponible en: <http://ligacancercolombia.org/ruta-por-la-vida/>
3. Martin M, Herrero A, Echavarría I. El cáncer de mama. 2015;191(773):234.
4. Valenzuela Landaeta K, Rojas P, Basfifer K. Evaluación nutricional del paciente con cáncer. Nutr Hosp. abril de 2012;27(2):516-23.
5. Iniesta CB, Carpeño J de C, Casado Saenz E, González Barón M. Malnutrición y enfermedad neoplásica. En: Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico [Internet]. p. 8. Disponible en: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap\\_03.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_03.pdf)
6. Martínez A. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. GAMO. 2015;13(1):53-8.
7. Bandrés Moya F, Delgado Bueno S, Vicente Herrero MT. Cáncer de mama, trabajo y sociedad. Paracuellos de Jarama, Madrid: ADEMÁS; 2012.
8. Lee SJ, Schover LR, Partridge AH, Patrizio P, Wallace WH, Haggerty K, et al. American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients. J Clin Oncol. 20 de junio de 2006;24(18):2917-31.
9. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [Internet]. [citado 25 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Cáncer de mama, una enfermedad en ascenso en Colombia [Internet]. [citado 25 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>
11. Ferro T, Prades J. Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia. :1-67.

12. Puerto Pedraza HM, Gamba Collazos HA. La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. *Rev Cuid.* 15 de mayo de 2015;6(1):964-9.
13. Modo Rosa. Lucha por la detección temprana del cáncer de seno. [Internet]. [citado 26 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.modorosa.org/quienes-somos/>
14. Antioquia firme frente al cáncer [Internet]. [citado 26 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/indicadores/item/340-antioquia-firme-frente-al-cancer>
15. Arbizu JP. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *An Sist Sanit Navar.* 8 de abril de 2009;24(0):173-8.
16. Simino GPR. Acompañamiento de pacientes portadores de cáncer por trabajadores de equipos de la salud de la familia. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;1-9.
17. Martha L. Ospina, Huertas JA, Montañó JI, Rivillas JC. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. 2015 [citado 18 de junio de 2019];33(2). Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19044>
18. Mur Maria Florencia SFD. Calidad de la dieta pre y pos diagnóstico de Cáncer de mama en una cohorte de mujeres de Córdoba [Internet]. [Argentina]: Universidad de Córdoba; 2016. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4558/TIL-Mur%20Sosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Pou SA, Niclis C, Aballay LR, Tumas N, Román MD, Muñoz SE, et al. Cáncer y su asociación con patrones alimentarios en Córdoba (Argentina). *Nutr Hosp.* marzo de 2014;29(3):618-28.
20. Rodrigo CP. La alimentación en la génesis y prevención del cáncer. 23-34 p.
21. Gómez Candela C, Marín Caro MM, Benítez Cruz S, Loria Kohen V, García Huerta M, Lourenço Nogueira T, et al. Autopercepción de los pacientes con cáncer sobre la relación existente entre su estado nutricional, su alimentación y la enfermedad que padecen. *Nutr Hosp.* octubre de 2008;23(5):477-86.
22. Murillo-Godínez G, Pérez-Escamilla LM. Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana. *Med Interna México.* junio de 2017;33(3):392-402.
23. Puentes, Y. M. YM, Urrego, S. C. SC, Sánchez, R. R. Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Av En Psicol Latinoam.* 4 de septiembre de 2015;33(3):481-95.

24. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End of Life Treatment Preferences and Quality of Life. *J Clin Oncol* [Internet]. 21 de septiembre de 2016 [citado 17 de junio de 2019]; Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2006.07.9046>
25. Fonseca Canteros M. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Rev Chil Cir*. 1 de mayo de 2016;68(3):258-64.
26. Merlano-Porras CA, Gorbanev I. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2013;12(24):74-86.
27. American Cancer Society. Cómo pueden afectar los tratamientos del cáncer la fertilidad en las mujeres [Internet]. [citado 3 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad/la-fertilidad-en-las-mujeres-con-cancer/como-el-tratamiento-contr-el-cancer-puede-afectar-la-fertilidad.html>
28. Ara C, Giménez MJ, Cusidó M, Fabregas R. Consenso Cáncer de Mama y Fertilidad. *Rev Senol Patol Mamar*. 1 de octubre de 2015;28(4):172-80.
29. Awad MI, Narvaez M. Aspectos Jurídicos en las Técnicas de Reproducción Asistida [Internet]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2001. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere2/Tesis02.pdf>
30. Vivar CG. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Aten Primaria*. 1 de mayo de 2012;44(5):288-92.
31. Molina R, Feliu J. La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. *Psicooncología*. 2011;8(1):45.
32. Río M, Cano C, Villafaña F, Valdivia C. Inserción laboral en mujeres después de un cáncer de mama: una ayuda a la integración social. *Psicooncología*. 2010;7(1).
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Cáncer [Internet]. [citado 18 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Prevenciondel-cancer.aspx>
34. Oncosur. Guía clínica. Diagnóstico y tratamiento cáncer de mama.2007. Fundación Médica Mutua Madrileña. Madrid. [Internet]. [citado 22 de febrero de 2020]. Disponible en:

[https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/colectivos/grupo-cooperativo/2006/oncosur/guia\\_clinica\\_oncosur\\_cancermama.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/colectivos/grupo-cooperativo/2006/oncosur/guia_clinica_oncosur_cancermama.pdf)

35. Combalia, N. Diagnóstico citológico en patología mamaria. Revista de senología y Patología mamaria. 2014; 27(4): 183-189. [internet] [citado 28 de febrero de 2020] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria-131-pdf-S021415821400053X>
36. Instituto Nacional de Cáncer. [Internet] [citado 25 marzo de 2020] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/sistema-de-estadificacion-tnm>
37. Factores pronósticos y predictivos en cáncer de mama. Una visión evolutiva de la morfología a la genética. [Internet] Sociedad Española de Senología y Patología mamaria. 2016. <https://www.sespm.es/wp-content/uploads/2018/06/MONOGRAFIA-SESPM-2017-Ebook.pdf>
38. Lacruz Uzcátegui, J. Factores pronósticos de recidiva en el cáncer de mama. Departamento de pediatría, de obstetricia y ginecología y medicina preventiva. Universidad Autónoma de Barcelona. 2001. [Internet] <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4358/jclu1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Roquebert León, M. Palacios, G. Ramos, Y. Barreras y oportunidades en la atención de salud en mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Panamá. 2012. Gestión Social. Panamá. [Internet] <https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content/AboutUs/GlobalReach/Panama%20Health%20System%20Report.pdf>
40. López Blázquez, L. Ramiro Armuña, I. Influencia del estado nutricional en la prevención y evolución del cáncer de mama. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. 2018. 38(2): 149-155. [Internet] <https://revista.nutricion.org/PDF/LOPEZ.pdf>
41. Santamaría Jiménez, Arantxa. Santamaría Lozano, Ricardo. Verdú Martín, Ignacio. Módulo 1- Técnicas y estrategias de comunicación para mejorar la

- relación con el paciente. Febrero – Marzo 2018. [Internet]  
<http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/2018/Modulo%201-%20La%20comunicacion.pdf>
42. Dr. Roberto Rodríguez López,<sup>1</sup> Dr. Jorge L. Soriano García<sup>2</sup> y Dr. Orlando Díaz Mitjans. Cáncer de mama y embarazo. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Rev Cubana Obstet Ginecol 2007;33(3).[Internet]  
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v33n3/gin07307.pdf>
43. Zafra, Alonso. Ballesteros, Aurel. Callejo, Justo. Fábregas Rafael. Hernández, Ana. Marqués, Laura. Jiménez, Martín. Muñoz, Monserrat. Requena, Antonio. Documento de recomendaciones para la preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer de mama. Editorial Glosa. Barcelona. 2015. [Internet]  
<https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/preservacion/Preservacion-Fertilidad-y-cancer-mama.pdf>
44. BUPA. Trabajar y tener cáncer. Apoyar a los empleados que padecen cáncer a reincorporarse al trabajo. [bupa.com/cancer](http://bupa.com/cancer) uicc.org. [Internet]  
[https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/UICC\\_BUPA\\_WorkingWithCancer\\_Spanish\\_Screen-compressed.pdf](https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/UICC_BUPA_WorkingWithCancer_Spanish_Screen-compressed.pdf)
45. Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. MÉD.UIS. 2015;28(1):7-13. [Internet]  
<http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a01.pdf>
46. Ferro, T. Prades, J. Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia. Fecma.
47. Llantá Abreu, María del Carmen. Grau Abalo, Jorge. Massip Pérez, Coralía. La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer. [Internet]  
<https://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/03/Psicolog%C3%ADa-de-la-salud-y-cancer.pdf>
48. Molina Villaverde, Raquel. Oncologist patient of XXI century. Interaction Nutrition-Medical Oncology. Nutrición hospitalaria. vol.33 supl.1 Madrid 2016.

[Internet] [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112016000700002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000700002)

49. Anibal Scarella Chamy, César Díaz-García, Sonia Herraiz , Jhenifer Kliemchen Rodrigues. Preservación de la fertilidad en la paciente oncológica. Medwave 2017 Nov-Dic;17(9):e7090 doi: 10.5867/medwave.2017.09.7090. [Internet] <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/7090.act>