



**Universidad Michoacana de San
Nicolás de Hidalgo**



Facultad de Enfermería

**“Sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y
postmastectomizadas”**

Tesis

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA

Marlene Teresa Sánchez López

Asesora: Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Coasesora: ME. Azucena Lizalde Hernández

Morelia, Michoacán, febrero 2017.

DIRECTIVOS

ME. Ana Celia Anguiano Morán

DIRECTORA DE LA FACULTAD

MPS. Julio cesar González cabrera

SECRETARIO ACADÉMICO

ME. Bárbara Mónica Lemus Loeza

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

MESA SINODAL

PRESIDENTA

DRA. MARIA MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA

VOCAL 1

M.S.P. JULIO CÉSAR GONZALEZ CABRERA

VOCAL 2

DR. JOSÉ CARMEN LEDESMA MORALES

Dedicatoria

A dios

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mis padres: Pedro e Isabela

Con mucho cariño principalmente a mis papas que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento, Gracias por todo papa y mama por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega. Aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí. Los amo con todo mi corazón.

Mis hermanos

Gracias por su paciencia, preocupación, con su amor me han enseñado a salir adelante, por estar siempre presentes, acompañándome en todo momento de mi vida. Los quiero mucho.

Agradecimientos

A la universidad y facultad

Agradezco a la U.M.S.N.H- Facultad de enfermería por haber tenido la dicha de ejercer mi carrera, donde adquirí conocimientos profesionales los cuales son herramientas de mi profesión, he logrado una meta más y vamos por mas, que es culminar la primera etapa de mi vida profesional reflejada en la elaboración de esta tesis.

Asesora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga: por haber creído en mí, por compartir sus conocimientos, tiempo y disposición para dirigir en todo momento el presente trabajo de tesis. Mil gracias

Coasesora

ME. Azucena Lizalde Hernández: Le doy las gracias por su enseñanza, paciencia y tolerancia para concretar el trabajo mi Tesis.

Profesores

Quienes me entregaron a través de su conocimiento y dedicación las herramientas para preparar este camino hacia el mundo profesional y que marcaran un importante precedente en mi formación. Mil gracias porque de alguna manera forman parte de lo que ahora soy.

Amigos

A todos los compañeros y compañeras de sección quisiera darles las gracias por los buenos momentos que hemos compartido. Creo que todos hemos aprendido y aprendemos continuamente de todos y de nosotros mismos, tanto profesional

como personalmente. Y eso es enriquecedor en ambos ámbitos. En especial un cariñoso reconocimiento a los que me han demostrado su apoyo y brindado sus ánimos y consejos todo este año que han estado conmigo.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo por ser una enfermedad maligna en las mujeres y su principal causa de muerte, implica situaciones que provocan problemas fisiológicos, psicológicos, sociales y espirituales. **Objetivo:** Analizar el nivel de sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán. **Metodología:** Estudio no experimental, descriptivo, transversal, muestreo no probabilístico, con un instrumento aplicado a 50 pacientes en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán. **Resultados:** Respecto a su religión, el 88%(44) son católica, siendo así el 10%(5) evangélicos, mientras el 2%(1) son creyentes. En el ítem, creo que hay un propósito verdadero para su existencia, el 66% (33) completamente de acuerdo, mientras así el 20% (10) de acuerdo, así el 10% (5) moderadamente de acuerdo, el 2% (1) en desacuerdo y el 2% (1) completamente en desacuerdo. **Discusión:** En comparación de los resultados de Nefrología (2012) refieren más propósito vital y una menor falta de significado. A mayor percepción de bienestar espiritual, mayor creencia y esperanza en una vida ultraterrena, lo que se traduce en una mayor sensación de paz interior, de propósito y de beneficios de la espiritualidad. **Conclusión:** El cáncer de mama constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres, sin embargo, a pesar del cáncer y la mastectomía, tienen bienestar espiritual y no hay sufrimiento espiritual.

Palabras claves

Sufrimiento espiritual

Cáncer de mama

Posmastectomizada

Prevención

Diagnostico

Abstract

Introduction: Breast cancer is a major public health concerns in the world as a malignancy in women and the leading cause of death, involves situations that cause physiological, psychological, social and spiritual problems. **Objective:** To analyze the level of suffering and spiritual well-being in women with breast cancer and postmastectomizadas at the State Center for Cancer Care Morelia Michoacán. **Methodology:** non-experimental, descriptive, cross-sectional study, probability sampling, with an instrument applied to 50 patients in the State Oncological Care Center of Morelia Michoacán. **Results:** Regarding religion, 88% (44) are Catholic, thus being 10% (5) are evangelicals, while 2% (1) are believers. In item, I think there is a real purpose for their existence, 66% (33) completely agree, as well 20% (10) agreement and 10% (5) moderately agree, 2% (1) disagree and 2% strongly disagree. **Discussion:** Comparison of the results Nephrology (2012) reported more vital purpose and less meaninglessness. A greater sense of spiritual well-being, greater belief and hope in an afterlife, which translates into a greater sense of inner peace, purpose and benefits of spirituality. **Conclusion:** Breast cancer is a serious threat to women's health and well-being of families, and for health systems and society as a whole.

Prefacio

Cáncer de mama a nivel mundial

OMS (2013) El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial. De acuerdo con las cifras de la IARC, se calculó en el 2012 un total de 1.671.149 casos nuevos en todo el mundo.

La incidencia del cáncer de mama aumentó un 20% entre 2008 y 2012, con 1,67 millones de nuevos casos diagnosticados el año pasado, lo que lo convierte en el segundo tipo de cáncer más común en el mundo y, con diferencia, el más frecuente entre mujeres, tanto en el mundo desarrollado como en desarrollo.

Del total de casos de cáncer diagnosticados en 2012, el 25 % fueron de mama, de los que 883.000 se registraron en países menos desarrollados y 794.000 en el mundo desarrollado.

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

El cáncer de mama ha trascendido como un importante riesgo para la salud de las mujeres a escala mundial. Las muertes por cáncer de mama han tenido un destacado incremento dentro de los tumores malignos a nivel mundial al cobrar más de 460 000 vidas en 2008, convirtiéndolo en el padecimiento con más decesos alrededor del mundo.

El cáncer es un problema de salud mundial. Anualmente se detectan cerca de mil doscientos millones de nuevos casos de cáncer, esto es casi un quinto de la población del planeta. Cada año fallecen aproximadamente 7 y medio millones de personas por tumores malignos. El 72% de las muertes fue registrado en países de bajos y medianos ingresos.

Latinoamericana

Organización panamericana de la salud (2012) El cáncer de mama en mujeres es un grave problema de salud pública tanto en México como en la región de América Latina y el Caribe. Es una amenaza seria para la salud de la mujer y para el bienestar de sus familias, para los sistemas de salud y para la sociedad misma. La evidencia global señala que 55% de los nuevos casos provienen de países en vías de desarrollo donde la letalidad por la enfermedad es mayor, pues representa alrededor del 68% de las muertes por esta enfermedad.

En el 2012, más de 408.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas, y 92.000 fallecieron a causa de esta enfermedad.

Las proyecciones indican que el número de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas aumentará en un 46% en el 2030.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe (ALCA), tanto en número de casos nuevos como en número de muertes.

La proporción de mujeres fallecidas por cáncer de mama con menos de 65 años es más alta en ALCA (57%) que en Norteamérica (41%).

México

INEGI (2014) Cada año se detectan 1.38 millones de nuevos casos y fallecen 458 mil personas por esta causa. Actualmente, la incidencia de este tipo de cáncer es similar en países desarrollados y en desarrollo, pero la mayoría de las muertes se dan en países de bajos ingresos, en donde el diagnóstico se realiza en etapas muy avanzadas de la enfermedad.

Michoacán

Dentro de los servicios médicos que presta la delegación michoacana del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cáncer de mama sigue siendo el más común de estos padecimientos ya que durante 2015 se identificaron 108 nuevos pacientes con ese problema, lo que es casi una nueva detección cada tercer día, expuso el cirujano oncólogo del Hospital General de Zona Número 83.

La Secretaría de Salud, de 2010 a enero de 2015 el CEAO tenía un registro de mil 230 pacientes en seguimiento; brindó atención a cuatro mil 898 pacientes en consulta externa de la clínica de mama y durante 2014 diagnóstico con cáncer a un promedio de 300 pacientes, principalmente mujeres entre 40 y 45 años de edad. 1 de enero de 2015 el director del centro (CEAO) Jorge Cuitláhuac Barajas Echarte, declaró que durante el 2014 el Centro Estatal de Atención Oncológica, detectó y diagnosticó alrededor de 300 casos de cáncer de mama.

Además, señalo que el cáncer de mama es el que requiere más atención en este centro y el que muestra mayor prevalencia ya que en el año 2015 se registraron cerca de 300 nuevos casos de este padecimiento (Casillas-Mendoza, S; 2015)

Cáncer de mama

Villareal et al (2014) El cáncer de mama se caracteriza por el crecimiento de células malignas en los tejidos de la mama.

El cáncer se origina cuando las células comienzan a crecer sin control. Las células en casi cualquier parte del cuerpo pueden convertirse en cáncer y pueden extenderse a otras áreas del cuerpo.

La incidencia de cáncer de mama es 14,6 casos por cada 100 mil mujeres (2) y se considera uno de los desafíos más importantes para la salud de la mujer adulta (3). La mortalidad se ha duplicado en los últimos 20 años y en 2006 se convirtió en la segunda causa de muerte en mujeres mexicanas de 30 a 54 años de edad y en la primera causa de defunción por cáncer en la población total de mujeres

La historia natural de la enfermedad se define como el comportamiento de la entidad nosológica sin ninguna intervención terapéutica desde antes de que aparezcan las manifestaciones clínicas hasta la curación, secuela o muerte.

Mastectomía

La mastectomía es la extirpación quirúrgica de la mama, para tratar enfermedades del tejido mamario, como el cáncer de mama (SEOM,2014).

Sufrimiento espiritual

Muñoz et al. (2014) La NANDA-I, en su labor de estandarizar, estudiar y desarrollar los diagnósticos enfermeros, no ha dejado de contemplar uno de los problemas tan antiguos y tan nuevos del hombre: el sufrimiento. Este problema de salud lo ha etiquetado como "*Sufrimiento espiritual*" (00066), siendo definido como "Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo".

El sufrimiento es una experiencia común a toda la humanidad, que no podemos confundir con el dolor, siendo este físico. Para Lévinas, "supone el hecho de estar acorralado por la vida y por el ser". Cassell lo define como: "El estado de malestar inducido por la amenaza o la pérdida de integridad o desintegración de la persona, con independencia de su causa". Es una experiencia de límite, tanto moral como existencial, mental, religiosa, social o política. Nos recuerda que somos seres limitados, finitos, vulnerables.

Por ello, es necesario individualizar el caso y conocer sus experiencias concretas, pues el sufrimiento depende de las prioridades, preocupaciones, recursos y valores de la persona.

Indicé

I.- Introducción.....	16
II.-Justificación.....	18
III.-Planteamiento del problema.....	20
IV.- Marco teórico.....	23
4.1. Sufrimiento espiritual.....	23
4.2. Para mejorar su espiritualidad.....	24
4.3. Características definitorias (NANDA).....	25
4.4. Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería.....	27
4.5. Cáncer de mama.....	28
4.6. Etiología.....	29
4.6.1. Hormonas.....	29
4.6 .2. Genética.....	30
4.7. Epidemiología.....	30
4.8. Mortalidad.....	31
4.9. Factores de riesgo.....	32
4.10. Factores pronósticos.....	34
4.11. Prevención.....	35
4.12. Detección del cáncer de mama.....	36
4.13. Pruebas complementarias.....	38
4.14. Diagnóstico del cáncer de mama.....	39
4.15. Tratamiento.....	40
4.16. Tipos de tratamiento.....	42
4.17. Mastectomía.....	43
4.18. Preparación para el procedimiento quirúrgico	44
4.19. Tipos de mastectomía.....	45

4.20. Intervención: consejería y acompañamiento emocional.....	46
V.- Objetivos.....	50
5.1 objetivo general.....	50
5.2. Objetivo específicos.....	50
VI.- Metodología.....	51
6.1. Tipo de estudio	51
6.2. Material y métodos.....	52
6.3. Universo.....	52
6.4. Muestra y tipo de muestreo.....	52
6.5. Criterios de estudio	52
6.5.1. Criterios de inclusión.....	52
6.5.2 Criterios de exclusión.....	53
6.5.3 Criterios de eliminación.....	53
6.6. Definición de variables y unidades de medida.....	53
6.6.1. Variables del estudio. Tránsito de la variable al ítem (ANEXO 1).....	53
6.7. Técnica (s) de recolección de datos.....	53
6.8. Instrumento (ANEXO 2)	53
6.9. Procedimiento.....	54
6.10. Prueba piloto.....	54
6.11. Validación del instrumento.....	54
6.12. Límite de tiempo y espacio.....	55
VII.- Consideraciones éticas.....	55
7.1. Consentimiento informado (ANEXO 3)	56
VIII.- Plan de difusión y publicación de resultados.....	57
8.1. Análisis e interpretación de resultados. (ANEXO 4).....	57
8.2. Resultados.....	57
IX.- Discusión.....	62
X.- Conclusiones.....	63

XI.- Sugerencias.....	64
XII.- Referencias bibliográficas.....	65
XIII.- Apéndices y anexos.....	73
13.1. Variable del estudio. Tránsito de la variable al ítem. (Anexo 1).....	73
13.2. Instrumento (anexo 2).....	76
13.3. Consentimiento informado (anexo 3).....	79
13.4. Análisis e interpretación de resultados (anexo 4)	81

I.- Introducción

El cáncer de mama es una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo por ser una enfermedad maligna en las mujeres y su principal causa de muerte, su incidencia en los últimos años ha aumentado 31% en los países en desarrollo, en América Latina ocupa los dos primeros lugares de incidencia y mortalidad por tipo de cáncer en la mujer y su prevalencia. El cáncer de mama es una experiencia devastadora para la mayoría de las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad, evoca sentimientos de pesar e intenso miedo; a lo largo de la enfermedad la mujer puede pasar por situaciones que amenazan su integridad psicosocial, provocan incertidumbre en cuanto a lo sucedido con el tratamiento y se enfrenta constantemente a la posibilidad de recurrencia o a la muerte; sufren una serie de necesidades no solamente fisiológicas, también de tipo psicológico, social y espiritual que afectan la calidad de vida en general. Abordar de forma integral a un paciente significa entenderlo como un todo, tratando síntomas físicos como dolor, dificultad respiratoria, así como atender la personalidad de cada paciente ayudándoles a manejar sus sentimientos y permitiéndoles expresar dudas, facilitándoles el mejor entorno social mediante el cuidado enfermero (Lopez-Murraygo, 2012)

(Galvis- Pérez, 2011) El ser humano posee todas las herramientas para desarrollar sus potencialidades y para interactuar con el medio que lo rodea, de allí parten sus expresiones que dependen de los significados que haya otorgado a estas experiencias de vida. Lo anterior se ve alterado con la aparición de una enfermedad crónica, ya que esta se acompaña de la incertidumbre por las pérdidas, el dolor, la vulnerabilidad y el miedo a la muerte. Es cuando el paciente busca estrategias para hacer frente a la enfermedad y lograr la trascendencia para ir más allá de su estado actual de salud.

El bienestar espiritual representa la habilidad para descubrir y articular un propósito personal en la vida, aprender cómo experimentar amor, disfrutar paz y sentido de logro contribuyendo a una mejor calidad de vida. Diversos estudios han demostrado una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad crónica y terminal, y se han encontrado correlaciones

positivas entre los índices de recuperación y la espiritualidad. Estas investigaciones demuestran que, en un alto porcentaje, los individuos creen en un ser superior, y creen en el poder de este para mejorar el curso de la enfermedad. La espiritualidad se asocia con la enfermedad oncológica en varios aspectos: de una parte, la misma cercanía a la muerte parece modificarla y algunos informes reportan un mayor nivel de perspectiva espiritual en las personas en esta situación. De otra, la reacción frente a decisiones sobre la muerte ha demostrado depender en gran proporción de las creencias, la esperanza y el contexto de la persona enferma (Galvis- Pérez, 2011).

En el presente trabajo se desarrolla la justificación del estudio en términos de la vulnerabilidad la trascendencia y viabilidad del estudio, se plantea la problemática y se determina la pregunta de investigación, asimismo, se desarrolla el marco teórico en relación a las variables de estudio, se continúa con la metodología, los resultados, discusión, conclusiones y bibliografía consultada.

II.- Justificación

Secretaria de Salud (2012) el cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de las mamas. El cáncer de mama es una de las patologías que por su frecuencia, impacto social y posibilidad terapéuticas podría ser considerada la entidad clínica más importante de oncología. Es el tumor maligno más frecuente en las mujeres y constituye la primera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres. En la sociedad es una de las enfermedades más tímidas tanto por su tratamiento alta incidencia y mortalidad, como por las consecuencias de su tratamiento. Supone, por tanto, un gran problema de salud con las lógicas repercusiones económicas y en el entorno psicosocial del paciente y su familia. Todos esfuerzos de los médicos e investigadores se centran en conseguir un diagnóstico más precoz, reducir paulatinamente su índice de mortalidad y mejorar la calidad de vida de las pacientes con estadios avanzados.

INEGI (2014) Cada año se detectan 1.38 millones de nuevos casos y fallecen 458 mil personas por esta causa. Actualmente, la incidencia de este tipo de cáncer es similar en países desarrollados y en desarrollo, pero la mayoría de las muertes se dan en países de bajos ingresos, en donde el diagnóstico se realiza en etapas muy avanzadas de la enfermedad.

La incidencia anual de éste tumor ha sido alarmante, llegando a ocupar el primer lugar en el grupo de mujeres comprendidas entre 40 _ 44 años y el segundo lugar en el grupo de 35-39 años. (Sánchez-Pórtela, J.R; Verga-Tirado, B; 2011).

Así, la neoplasia mamaria se ha incrementado en incidencia y mortalidad en las mujeres de la región de Latinoamérica y el Caribe. Históricamente, en Cuba, también ha sido una de las primeras causas de muerte; en el año 2011 el número de defunciones por esta causa fue de 21740 y por tumores mamarios de 1386. (Cuenca-Rodríguez, C; Despaigne-Biset, A.E y Beltrán-Mayeta, Y. 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), Entre los factores de riesgo favorecedores de la aparición del cáncer mamario figuran: edad, no realización de ejercicios físicos, hábito de fumar, paridad, menarquía precoz, menopausia tardía, obesidad o sobrepeso, antecedentes familiares de la enfermedad; no ofrecimiento de la lactancia materna o lactar menos de 4 meses, terapia de reemplazo hormonal, uso frecuente de desodorantes antitranspirantes que contienen aluminio, entre otro. Conocer esta enfermedad no solo sería importante para nosotros, sino también para toda la población ya que aprenderíamos a tener un estilo de vida saludable y así evitaríamos exponernos a los tóxicos que nos produce daño a nuestro organismo. Es importante conocer la forma de prevención y aceptar los tratamientos que se indiquen por el especialista, SEOM (2011) menciona dependiendo del grado de afectación y de la valoración del equipo multidisciplinario, la intervención quirúrgica varía: se encuentra lo que es la cirugía, terapia hormonal, quimioterapia, terapia biológica, mastectomía radical modificada y cirugía para conservar la mama, y así mismo es muy importante acudir con el médico y realizar la exploración mamaria para evitar el cáncer de mama.

Terceño (2010) Cuando se trabaja con el concepto de espiritualidad, existe la tendencia a distinguir dos maneras de abordarla: en relación directa a la religión o sistema de creencias concretos de un individuo, o bien buscando aspectos humanos más amplios y experiencias universales de la humanidad.

La espiritualidad se encuentra frecuentemente relacionada con aspectos culturales y religiosos. Gallegos y Hernández (2008) realizan la investigación con el objetivo de identificar las características del sufrimiento espiritual que son: son alineación, alteración de comportamiento, rabia, es incapaz de expresar creatividad, falta de significado / propósito en la vida, alteración del comportamiento, llanto, coraje, falta de esperanza, sentimiento de culpa, se siente abandonado, solicita asistencia espiritual, es incapaz de experimentar transcendencia, presentan disturbo en el sistema de creencias o relación con Dios, falta de amor, desesperación son

algunas características que se puede encontrar con los pacientes que padecen esta enfermedad .

Las mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas que acuden al Centro de Atención Oncológica de Morelia Michoacán, la mayoría se observó con un buen estado de bienestar y no existe sufrimiento espiritual.

III.- Planteamiento del problema

Dornelles et al (2015) Es un tumor maligno que se origina en las células del seno. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o que pueden propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. El Cáncer es un serio problema de salud pública el cual ha aumentado su tasa de incidencia, así como mortalidad en los últimos años, tanto en países en vías de desarrollo como países subdesarrollados, esto debido a que las mujeres actuales han ido cambiando quizás su estilo de vida, muchas de ellas están teniendo hijos a una edad mayor, ya no dan lactancia materna durante tantos meses como anteriormente se venía realizando debido a que la mayoría ahora trabaja.

Asociación Española Contra el Cáncer (2014) El cáncer es la principal causa de muerte debida a enfermedades no transmisibles en todo el mundo, y, por lo tanto, es un problema de salud pública importante, tanto en los países desarrollados como en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. El cáncer de mama es el tipo más frecuente de cáncer en las mujeres y la segunda causa de muerte en este grupo de población en todo el mundo. Produce una gran cantidad de problemas psicológicos, físicos, Sociales, como económicos, resultando un grave impacto de la vida.

Arce, Salinas C; et al. (2011) establece que, en México, el cáncer de mama ocupa en la actualidad el primer lugar en incidencias de las neoplasias malignas en las mujeres, representan 11.34 % de todos los casos de cáncer hay un incremento

global de aproximadamente 1.5 % anual, sin embargo, en los países de economía emergente este incremento es alrededor de 5 %. El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad, la mortalidad por cáncer mamario ha incrementado en 10.9 % relativo en los últimos años (de 13.06 en 1990 a 14.49 en el año 2000).

Ruiz-Carreño; P. (2015), señala que este tipo de cáncer se asocia con unas 411.000 muertes en todo el mundo en el año 2002, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres (14% del total de fallecimientos por tumores malignos). La mortalidad es más alta en los países desarrollados. Igual que para la incidencia, la mortalidad por cáncer de mama en España es de las más bajas dentro de estos últimos: la tasa ajustada mundial en 2002 es de 15,9 fallecimientos/100.000 h/año. La estimación de la mortalidad del año 2012 es de 6008 mujeres y 12.9 la ratio/100.000 habitantes. En España fallecen unas 6000 mujeres al año por cáncer de mama, lo que representa el 16,7% de todos los fallecimientos por cáncer del sexo femenino en nuestro país, y el 3,3% del total de muertes entre las mujeres. La edad media en España es de 66 años.

La tasa de incidencia específica por edad es más alta en el grupo etario de 75 a 84 años. En las mujeres mayores de 55 años, estas tasas de incidencia un aumento en comparación con aquellas del periodo previo de 5 años. En la mama, al igual que en el resto de órgano, las neoplasias aparecen cuando las células se transforman y empiezan a dividirse más rápidamente de lo normal y de forma incontrolada, dando lugar a la formación de tumores. Los cuales producen una alteración, de la función del órgano afectado, tiene capacidad de invadir los tejidos y órganos del cuerpo cercanos y también diseminarse por vía sanguínea a través del cuerpo donde pueden formarse tumores secundarios. Es muy importante la detección de cáncer de mama a tiempo, debido a que si es diagnosticado a tiempo cuando no se encuentra un estudio avanzado el cáncer de mama puede ser tratado con distintitos tipos de tratamiento como la extirpación quirúrgica, quimioterapia, radioterapia o tratamientos con hormonas.

La realidad por la que atraviesan las pacientes con cáncer de mama y postmastectomizadas debido a las complicaciones quirúrgicas y psicológicas que se presentan, como personal de la salud, brindar el cuidado necesario y oportuno para las pacientes con cáncer de mama postmastectomizadas ya que algunas presentan problemas psicológicos, como el sufrimiento y bienestar espiritual. El cuidado de la persona va dirigido al mantenimiento de la salud en todas sus dimensiones: física, mental, y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona, teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente, utilizando los principios de la relación de ayuda. Así la persona, que también aquí es considerada como un todo formando por la suma de sus componentes (biológico, psicológico, social, cultural y espiritual), puede influir en los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta en contexto en que se encuentra, buscando, con la ayuda de la enfermera, las mejores condiciones para obtener una salud y un bienestar óptimo.

Por lo antes citado surge la necesidad de plantear la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es el nivel de sufrimiento o bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán?**

IV.- Marco teórico

4.1. Sufrimiento espiritual

Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la naturaleza o un poder superior al propio yo, (Heather- Herman, 2010)

El concepto de sufrimiento espiritual engrana dos términos sobre los cuales enfermería se encuentra inserta por ser una disciplina del cuidado humano. Al definir a los seres humanos como biopsicosociales, es necesario analizar el concepto para su mayor comprensión e identificación diagnóstica. La persona que sufre hace cuestiones de sí mismo, también hace preguntas a la enfermera, aunque no son estrictamente de índole de su competencia es necesario dar una respuesta. Avila y Cacique (2007).

Espiritualidad es: el conjunto de aspiraciones, convicciones, valores y creencias capaces de organizar en un proyecto unitario la vida del hombre, causando determinados comportamientos Terceño (2010).

Cuando se trabaja con el concepto de espiritualidad, existe la tendencia a distinguir dos maneras de abordarla: en relación directa a la religión o sistema de creencias concretos de un individuo, o bien buscando aspectos humanos más amplios y experiencias universales de la humanidad.

La espiritualidad se encuentra frecuentemente relacionada con aspectos culturales y religiosos. El cuidado de la persona va dirigido al mantenimiento de la salud en todas sus dimensiones: física, mental, y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona, teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente, utilizando los principios de la relación de ayuda Terceño (2010).

Así la persona, que también aquí es considerada como un todo formando por la suma de sus componentes (biológico, psicológico, social, cultural y espiritual), puede influir en los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta en contexto en que se encuentra, buscando, con la ayuda de la enfermera, las mejores condiciones para obtener una salud y un bienestar óptimo.

Hartman y Loprinzi (2005) La espiritualidad se caracteriza por la capacidad de buscar el propósito y significado tener fe, amar y perdonar, adorar y ver más allá de la circunstancia presente, y le permite a la persona elevarse por encima o trascender el sufrimiento.

La religión es un mapa que muchas personas utilizan para perseguir un significado y un propósito en la vida. Generalmente se basa en un conjunto particular de creencias, rituales y prácticas que le brindan a la persona la oportunidad de pertenecer a una comunidad más grande.

La religión puede ofrecer un cimiento para comprender los misterios de la vida y para expresar la espiritualidad. El número de estudios científicos con respecto al afecto de la espiritualidad sobre la salud ha crecido desde mediados de la década de los 90, algunos estudios parecen sugerir que el bienestar espiritual parece ayudar a mejorar la salud física y mental. El bienestar espiritual también parece estar muy relacionado con la calidad de vida y la capacidad de enfrentar la adversidad y la enfermedad.

4.2. Para mejorar su espiritualidad

Hartmann y Loprinzi (2005) refiere que una crisis como el cáncer puede afectar la conciencia de los asuntos espirituales y destacar las necesidades espirituales. En esencia, la espiritualidad está ligada con el autodescubrimiento y el sentido de valor interior. Por ello, es valioso recordar y compartir las experiencias que nos ha movido tan profundamente o que han influenciado la comprensión del propio yo.

Muchas personas utilizan la oración o la meditación para reflexionar acerca de su vida interior. En ocasiones, solo con apagar la televisión y sentarse en silencio

puede ayudar a ponerse en contacto con los propios pensamientos y sentimientos. Escribir los pensamientos en un diario también puede ayudar a aclarar las cosas y permitir examinarlas más tarde. La asistencia a servicios religiosos, la participación en un grupo de apoyo y el voluntariado en la comunidad, son otras formas de expresar y ampliar el significado de la propia vida.

Espiritualidad: Es la búsqueda de lo sagrado, y la persecución de un significado y propósito en la vida. Puede describirse como un proceso dinámico de interiorización, que se refleja en nuestra propia vida, pero al mismo tiempo significa salir de uno mismo para buscar aquello que se encuentra más allá de nuestras luchas diarias. La espiritualidad también está asociada a estar conectado, consigo mismo, con otros, a un poder superior, a la naturaleza, el arte, la música o la vida en general. Este tipo de conexión le permite a la paciente estar completamente comprometida en las experiencias de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, así como conocer la vida en su plenitud.

4.3. Características definitorias (NANDA) (Heather- Herman, 2010)

-  Conexión con el yo
-  Expresión de falta de aceptación
-  Expresión de falta de coraje
-  Expresión de falta de perdón para sí mismo
-  Expresión de falta de amor
-  Expresión de falta de significado en la vida.

Conexión con un poder superior al yo

-  Expresa sentirse abandonado
-  Expresa desesperanza
-  Expresa sufrimiento

Factores relacionados

- Ansiedad
- Enfermedad crónica
- Dolor
- Cambios vitales
- Apoyo espiritual

Intervenciones de enfermería (Nic) Bulechek, G.M, Batcher, H.K. y Pochferma, J.M. (2009).

- Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias.
- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.
- Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual.
- Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.
- Tratar al individuo con dignidad y respeto.
- Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos, y demás.
- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.
- Fomentar la participación en grupos de apoyo.
- Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo.
- Expresar simpatía con los sentimientos del individuo.
- Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.

Gallegos y Hernández (2008) Sufrimiento: Proveniente de experimentar momentos difíciles, de gran rechazo, culpas y luchas, que suceden cuando se trata de convivir armónicamente con su condición de salud.

4.4. Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería

Collado (2010) la profesión de enfermería a través del tiempo y las épocas se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuidados al paciente. Es por eso esto que el profesional de la salud debe mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera. Como parte del cuidado que todo profesional de enfermería debe ofrecer, está el cuidado espiritual, labor esencial e indispensable en todas las unidades de cuidado, especialmente en las de cuidado crítico.

Todo cuidado ofrecido en los diferentes escenarios de servicio debe ser dirigido a satisfacer las necesidades del individuo ya sea que el ser humano este en salud o enfermedad. Es por esto que la enfermera debe aplicar diferentes disciplinas en el cuidado, visualizando al individuo como un ser integral, biológico, psicológico, sociológico, espiritualidad y un ser holístico.

La palabra espiritual procede de la palabra latina espíritus, que significa soplar o respirar y ha llegado a referirse a aquello que la vida o esencial al ser humano. Esto significa lo que se encuentra en el centro de todos los aspectos de la vida de una persona. Debita (2000) define espiritualidad como la parte de ser humano que busca el dignificado y el propósito a través de la conexión intrapersonal, interpersonal y transpersonal.

En esencial la espiritualidad es superior, fuerza creativa o un ser divino o fuente de energía infinita. En esencial la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por eso esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente.

Las acciones que el profesional de enfermería puede llevar a cabo en el cuidado espiritual son las siguientes : estar abierto a los sentimientos del cliente en relación con la enfermedad y la muerte , observar y escuchar empáticamente la

comunicación del paciente , crear una atmosfera de aceptación y no de crítica , favorecer la expresión de los miedos y las preocupaciones y enseñar al paciente a enfrentarse a los problemas , favorecer la manifestación verbal de los sentimientos y percepciones .El cuidado espiritual al paciente debe ser ofrecido en todo momento, con un alto sentido de responsabilidad, dedicación y respeto a todo ser humano que así lo necesite.

4.5. Cáncer de mama

Dornelles-Prolla, Santos da Silva, Oliveira-Netto, Goldim y Ashton-Prolla (2015), el cáncer es la principal causa de muerte debida a enfermedades no transmisibles en todo el mundo, y, por lo tanto, es un problema de salud pública importante, tanto en los países desarrollados como en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. El cáncer de mama es el tipo más frecuente de cáncer en las mujeres y la segunda causa de muerte en este grupo de población en todo el mundo.

SEOM (2014) el cáncer de mama es un proceso oncológico en el que células sanas de la glándula mamaria degeneran y se transforman en tumorales, proliferando y multiplicándose posteriormente hasta constituir el tumor.

El interior de la mama se compone de una serie de glándulas mamarias de mayor y menor tamaño, conectadas entre sí por unos conductos finos (galactóforos) que presentan la apariencia de ramilletes.

El cáncer de mama es una de las patologías que por frecuencia, impacto social y posibilidades terapéuticas podría ser considerada la entidad clínica más importante de la oncología actual. (Secretaria de Salud de México, 2012).

El cáncer de mama representa un problema de salud pública a nivel mundial. En nuestro país representa la segunda causa de muerte por cáncer. Se han definido una serie de factores de riesgo para desarrollar CM siendo la edad > 50 años el factor más importante con un riesgo relativo de 6,5 (Hernández, -Dimas, E; Borgas, Rafael, & Betancourt, Luis. 2011)

La incidencia anual de éste tumor ha sido alarmante, llegando a ocupar el primer lugar en el grupo de mujeres comprendidas entre 40 _ 44 años y el segundo lugar en el grupo de 35-39 años. (Sánchez-Portela, J.R; Verga-Tirado, B; 2011).

Actualmente, el cáncer continúa siendo una incógnita para el hombre. A escala mundial, esta afección constituye una de las principales causas de muerte. Así, la neoplasia mamaria se ha incrementado en incidencia y mortalidad en las mujeres de la región de Latinoamérica y el Caribe. Históricamente, en Cuba, también ha sido una de las primeras causas de muerte; en el año 2011 el número de defunciones por esta causa fue de 21740 y por tumores mamarios de 1386. (Cuenca-Rodríguez, C; Despaigne-Biset, A.E y Beltrán-Mayeta, Y. 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) elabora una Estrategia Mundial de Control del Cáncer, cuyo objetivo es reducir el número de casos y sus factores de riesgo, así como mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares, gracias a la planificación y aplicación de estrategias de prevención y control.

4.6. Etiología

Brunner y Suddarth (2011) las hormonas producidas por los ovarios desempeñan una función importante.

En el cáncer mamario las hormonas ováricas estradiol y progesterona pueden alterarse en el ambiente celular por una variedad de motivos, lo cual puede afectar los factores de crecimiento para cáncer mamario

4.6.1. Hormonas

La función de las hormonas y su relación con el cáncer mamario aun es motivo de controversia.

En los estudios de laboratorio, los tumores crecen con mucha mayor rapidez cuando se exponen a estrógenos y las investigaciones epidemiológicas sugieren

que las mujeres que han estado expuestas por más tiempo a los estrógenos tienen mayor riesgo de cáncer mamario.

4.6.2. Genética

Se relacionan con el desarrollo de cáncer mamario tales alteraciones genéticas incluyen cambios o mutaciones en genes normales, así como la influencia de proteínas que promueven o suprimen el desarrollo del cáncer mamario. Las alteraciones genéticas pueden ser somáticas (adquiridas) o heredadas.

4.7. Epidemiología

Ruiz-Carreño, (2015) Es el tumor más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. En el año 2008 se diagnosticaron aproximadamente 1.380.000 casos nuevos. Considerando ambos sexos.

Diagnostican unos 22.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino. La mayoría de los casos se identifican en margen de edad que va de los 35 a los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. No obstante, no disponemos de un sistema nacional de registro de tumores lo que nos permitiría conocer las cifras exactas. Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en España y en el mundo, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz. Este aumento se estima entre un 1 y un 2% anual manteniéndose constante desde 1960 en Estados Unidos. Una de cada tres mujeres españolas diagnosticadas de cáncer de mama tiene menos de 45 años, una incidencia que va a aumentando cada año como consecuencia del retraso en la maternidad y los cambios sociales y culturales

Arce, Salinas C; et al. (2011) establece que, en México, el cáncer de mama ocupa en la actualidad el primer lugar en incidencias de las neoplasias malignas en las mujeres, representan 11.34 % de todos los casos de cáncer hay un incremento global de aproximadamente 1.5 % anual, sin embargo, en los países de economía

emergente este incremento es alrededor de 5 %. El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad, la mortalidad por cáncer mamario ha incrementado en 10.9 % relativo en los últimos años (de 13.06 en 1990 a 14.49 en el año 2000).

4.8. Mortalidad

Ruiz-Carreño; P. (2015), señala que este tipo de cáncer se asocia con unas 411.000 muertes en todo el mundo en el año 2002, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres (14% del total de fallecimientos por tumores malignos). La mortalidad es más alta en los países desarrollados. Igual que para la incidencia, la mortalidad por cáncer de mama en España es de las más bajas dentro de estos últimos: la tasa ajustada mundial en 2002 es de 15,9 fallecimientos/100.000 h/año. La estimación de la mortalidad del año 2012 es de 6008 mujeres y 12.9 la ratio/100.000 habitantes.

En España fallecen unas 6000 mujeres al año por cáncer de mama, lo que representa el 16,7% de todos los fallecimientos por cáncer del sexo femenino en nuestro país, y el 3,3% del total de muertes entre las mujeres. La edad media en España es de 66 años.

La tasa de incidencia específica por edad es más alta en el grupo etario de 75 a 84 años. En las mujeres mayores de 55 años, estas tasas de incidencia un aumento en comparación con aquellas del periodo previo de 5 años.

Si bien a menudo pensamos en términos de riesgo de cáncer de mama durante toda la vida, son estas tasas de incidencia las que determinan el rendimiento del screening mamográfico. Por ejemplo, un screening anual en el grupo de 45 a 49 años trabajaría, con una población en la cual se debería esperar dos años nuevos canceres de mama por 1.000 mujeres por año (1983 a 100.000).

4.9. Factores de riesgo

Asociación Española Contra el Cáncer. (2014). **Edad.** Aunque el cáncer de mama puede afectar a cualquier mujer, el riesgo de padecerlo aumenta con la edad y la mayor incidencia se concentra entre los 50 y los 65 años.

Factores hormonales como la menarquia precoz (primera regla) a edad temprana y la menopausia tardía. La ausencia de embarazo o tener el primer embarazo a una edad avanzada (después de los 30 años) son también factores de riesgo bien conocidos.

La administración de anticonceptivos orales controlados por el especialista, no supone un aumento del riesgo de padecer cáncer de mama, sino que puede ser incluso un factor protector. Sin embargo, no se conoce si puede existir un efecto perjudicial cuando los anticonceptivos se toman durante mucho tiempo, más de 8 años.

La administración de tratamiento hormonal sustitutivo de larga duración que combina estrógenos y progestágenos (hormonas sexuales femeninas) para tratar los síntomas de la menopausia está en la actualidad desaconsejado. Varios estudios han demostrado un aumento del riesgo de cáncer de mama, estimado en 3 casos adicionales al año por cada 1.000 mujeres.

Antecedentes familiares de cáncer de mama. Las mujeres con antecedentes familiares directos (madre, hermana o hija) de cáncer de mama poseen un riesgo aumentado de padecer la enfermedad respecto a las que no poseen dichos antecedentes.

El riesgo es mucho mayor cuando hay antecedentes de cáncer de mama en tres o más familiares directos y sobre todo si lo han padecido en edades jóvenes.

En estos casos, es aconsejable realizar un estudio genético ya que, aunque poco frecuente (del 5 al 10%), se podría tratar de un cáncer de mama hereditario.

La obesidad o el sobrepeso tras la menopausia es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama.

Tratamiento con radioterapia sobre la mama en la infancia o adolescencia (mama en desarrollo) por otro tumor como un linfoma.

La dieta hipercalórico rica en grasas animales y pobre en fibras, la obesidad postmenopáusica, así como el sedentarismo, parecen aumentar el riesgo de padecer cáncer de mama. Estudios recientes demuestran que una dieta equilibrada rica en fibra (fruta, verduras, cereales) y la realización de ejercicio físico de forma regular ayudan a proteger contra enfermedades cardiovasculares, la obesidad y diversos tipos de cáncer.

El consumo de tabaco favorece la aparición de muchos tumores malignos, aunque no hay suficiente evidencia de esta relación con el cáncer de mama.

El consumo de alcohol. Algunos estudios sugieren que consumir alcohol en cantidad importante y de forma habitual puede favorecer la aparición de cáncer de mama. Por ello, es recomendable no beber o hacerlo con moderación.

(Institutos Nacionales de la Salud, 2013). **Envejecimiento:** el riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a medida que las mujeres se hacen mayores.

Genes: mutaciones de ciertos genes que son heredados de la madre o el padre aumentan el riesgo de cáncer de mama. El conocimiento actual sugiere que estos genes anormales causan menos del 10 % de los cánceres de mama.

Exposición a estrógenos y progesterona a lo largo de la vida: o Las mujeres que han tenido períodos menstruales que comenzaron antes de los 12 años y que terminaron después de los 55 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. o Las mujeres que no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Antecedentes de ciertas enfermedades mamarias benignas: el riesgo de que el cáncer de mama se desarrolle es especialmente alto para las mujeres con dos

enfermedades denominadas hiperplasia lobular atípica, e hiperplasia ductal atípica.

Factores geográficos y sociales: las mujeres que viven en países occidentales y las mujeres con un nivel de educación superior tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.

4.10. Factores pronósticos

(Institutos Nacionales de la Salud, 2013). **Primera generación.**

- ✓ Variables clínicas. Edad, menopausia, localización.
- ✓ Variables patológicas: tamaño tumoral, tipo, y grado histológico o nuclear, necrosis tumoral, permeabilidad vascular o linfática.
- ✓ Variables biológicas: receptores hormonales de estrógenos y progesterona

Segunda generación

- ✓ Histopatología cuantitativa
- ✓ Grado nuclear e histológico
- ✓ Necrosis tumoral
- ✓ Ploidia
- ✓ Marcadores de proliferación (índice mitótico fracción S, PCNA, ki67, índice de tímida a titulada)
- ✓ Predictores de comportamiento biológico y/o de respuesta endocrina (RH E Y RH P, Ps2)

Tercera generación

- ✓ Cambios moleculares o bioquímicos específicos que comprometen las vías reguladoras del crecimiento celular.
- ✓ Oncogenes amplificados o sobre expresados.
- ✓ Genes supresores tumorales o disminuidos en su expresión.

Cuarta generación

- ✓ Predictores de metástasis específicas de órgano.
- ✓ Micro metástasis en la medula ósea.
- ✓ El factor pronóstico que se considera * patrón oro * es el estado de los ganglios axilares

4.11. Prevención

La secretaria de Salud (2008), habla de la prevención desde la exploración de mamas y establece las siguientes categorías:

Prevención primaria. La prevención primaria se realiza a través de la información, orientación y educación a la población femenina acerca de los

Factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud.

La autoexploración se deberá recomendar en forma mensual a partir de la menarca entre el 7º y 10º día de iniciado el sangrado y en las pacientes que ya no menstrúan se realizará en un día fijo del mes elegido por la paciente y debe enseñarse a todas las mujeres que asisten a la unidad de salud.

El examen clínico de las mamas debe ser realizado por el médico o la enfermera capacitados, a todas las mujeres mayores de 25 años que acuden a la unidad de salud, previa autorización de la usuaria.

La toma de mastografía de tamizaje se debe realizar cada dos años, a las mujeres de 40 a 49 años de edad con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 a 69 años, previa exploración clínica de las mamas.

Al detectar patología mamaria por clínica, y de existir el recurso, con la toma de mastografía y/o ultrasonido, se debe referir a la paciente al servicio de ginecología en un segundo nivel de atención.

La vigilancia de pacientes con antecedentes de patología mamaria, debe ser establecida en los tres niveles de atención.

(NOM-041-SSA2-2011) **Prevención primaria**, a las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo. Tiene como intervenciones la promoción de la salud, la protección específica y la quimioprofilaxis.

Prevención secundaria, a las medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición. Tiene como intervenciones los programas de detección precoz y tratamiento oportuno para limitar el daño.

Prevención terciaria, a las medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.

4.12. Detección del cáncer de mama.

Autoexploración y examen clínico

Brandan y Villaseñor-Navarro (2011), mencionan que la autoexploración mamaria es una técnica de detección del cáncer mamario basada en la observación y palpación que hace la mujer en sus propias mamas. En alto porcentaje son las mujeres quienes detectan los nódulos que indican una alteración mamaria. La autoexploración se ha referido por algunos críticos como una herramienta de poca utilidad ya que no detecta lesiones tempranas.

Mamografías

Es una imagen plana de la glándula mamaria obtenida con rayos x la imagen se forma debido a la diferente atenuación sufrida por los rayos al atravesar los medios que constituyen la mama. El MAPA bidimensional de radiación atenuada por la mama incide sobre el receptor de imagen (la placa radiográfica en una mastografía convencional o el detector electrónico en un equipo digital) y allí se forma una imagen latente que es hecha visible por un proceso químico (equipo analógico con película) o electrónico (digital).

- La autoexploración mamaria es una técnica que consiste en la propia observación y palpación que la mujer hace de sus mamas. Sirve para poder detectar la aparición de alguna alteración en la forma o el tamaño normal de los pechos y en ese caso poder tratarla precozmente.
- Es conveniente que la realicen todas las mujeres, y que empiecen a hacerlo desde la juventud, para que esta práctica se vaya convirtiendo en un hábito.
- La técnica es muy sencilla, puedes realizarla tú misma y te ayudará a conocer mejor tu cuerpo y a saber cuidarlo. Así aprenderás cuáles son las características de forma, tamaño y consistencia normales de tus mamas y será más fácil apreciar si aparece algún cambio en ellas.
- La autoexploración hay que realizarla todos los meses en la semana después de la menstruación, porque durante la regla o en los días anteriores es normal que las mamas puedan estar más hinchadas o doloridas.

Inspección. Consiste en observar el aspecto externo de los pechos.

Palpación. Permite descubrir posibles bultos o nódulos anormales en el pecho. Para realizar ésta exploración es necesario que la mujer esté cómodamente estirada, y ha de utilizar la yema de los dedos. Hace falta conocer la estructura normal de las dos mamas para poder notar cualquier cosa extraña.

Pon el brazo izquierdo detrás de la cabeza, y con la yema de los dedos de la mano opuesta palpa toda la mama trazando círculos alrededor del pezón hasta que llegues. A continuación, palpa la areola y el pezón observando si, presionando suavemente, se produce algún tipo de secreción.

Una vez finalizada la exploración de la mama, hace falta continuar la exploración del vacío axilar correspondiente a la mama explorada para detectar la presencia de posibles bultos o nódulos. Procede de la misma manera para explorar el pecho derecho.

Anomalías

Las anomalías más frecuentes que pueden aparecer y que hay que observar con más atención son las siguientes:

- Cambios en la textura de la piel (pliegues, hundimientos, etc.). La palpación de algún bulto que no se palpaba y que persiste después de la menstruación. Eczema alrededor del pezón.
 - Deformación de las mamas (diferentes la una de la otra en su forma o posición).
 - Desviación o retracción del pezón.
 - Secreción de líquido del pezón, con atención a su aspecto (transparente, lechoso o sangrante).
 - Equimosis o mancha de color azul morado alrededor del pezón.
6. Dolor punzante en alguna mama que persiste después de la menstruación.

4.13. Pruebas complementarias

- **Analítica de sangre;** Permite valorar la situación de la paciente, así como el estado de los diferentes marcadores tumorales específicos para el cáncer de mama.
- **Radiografía de tórax** Ayuda a determinar la posible expansión de la enfermedad hacia los pulmones.
- **Gammagrafía ósea** Esta prueba es útil para descartar metástasis óseas. Según los casos, pueden ser necesarias otras pruebas complementarias como el TAC (Tomografía Axial Computarizada), PET (Tomografía por Emisión de Positrones), para completar el estudio de extensión de la enfermedad. (SEOM, 2011)

4.14. Diagnóstico de cáncer de mama

(ESMO, 2013). **Examen clínico:** La exploración médica de las mamas y de los ganglios linfáticos cercanos incluye la inspección y la palpación.

Examen radiológico. Esto incluye la realización de radiografías (mamografía) y ecografías de los senos y ganglios linfáticos contiguos. Puede ser necesario utilizar resonancia magnética de la mama en algunas pacientes, especialmente en jóvenes con tejido mamario denso, mujeres con mutaciones del gen BRCA y mujeres con implantes de gel de silicona. Puede tenerse en cuenta además la utilización de RM cuando se hallan células tumorales en un ganglio linfático sospechoso en la axila, pero no se ha observado ningún tumor en la mama en la mamografía, o cuando se sospecha que hay varios tumores. Pueden realizarse exámenes adicionales como una radiografía del pecho, un ultrasonido abdominal y una escintigrafía ósea para excluir una extensión de la enfermedad o una metástasis.

Examen histopatológico. Es la exploración de laboratorio del tejido de la mama y del tumor después de extirpar una muestra del tumor, proceso que se denomina biopsia. Este examen de laboratorio confirmará el diagnóstico de cáncer de mama y dará más información sobre las características del cáncer.

Sánchez Cárdenas, Jesús., Bargallo Rocha, Enrique., Erazo Valle, Aura., Maafs Molina, Eduardo., Chacón Poitevin, Adela. (2013): **Biopsia por aspiración en la lesión:**

- ❖ **Sospechosa no palpable.** La citología por aspiración con aguja fina tiene grandes limitantes; se requiere una gran experiencia tanto del radiólogo que la realiza como del citólogo que la interpreta. Su utilidad sigue vigente en la evaluación de ganglios sospechosos y evacuación de lesiones quísticas.
- ❖ **Biopsia mamaria de mínima invasión guiada por imagen de lesión no palpable. Es el método ideal de diagnóstico de lesiones no palpables.**

Se realiza en el gabinete de imagen bajo anestesia local y requiere la experiencia del radiólogo, además de contar con el equipo necesario.

Palpación. El médico puede averiguar muchas cosas sobre un bulto en la mama (tamaño, textura, movilidad) a través de su palpación cuidadosa y también de la de los tejidos de alrededor. Los bultos benignos son diferentes de los cancerosos.

Mamografía. Es una exploración que utiliza los rayos X baja potencia para localizar zonas anormales en la mama.

Ultrasonografía. Con esta técnica (ondas sonoras de alta frecuencia), se puede diferenciar entre un bulto sólido (sospechoso) o con líquido (probablemente un quiste benigno). Esta exploración debe ser realizada junto con la mamografía. (SEOM, 2011).

❖ **Biopsia.** Con esta prueba se extrae una muestra de tejido o de líquido de la mama para examinarla con un microscopio y realizar más análisis. (Centro Nacional para la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud, 2013).

4.15. Tratamiento

Cirugía

SEOM (2011) El tratamiento quirúrgico consiste en la extirpación del tejido canceroso, con los márgenes necesarios, pero dependiendo del grado de afectación y de la valoración del equipo multidisciplinar, la intervención quirúrgica varía:

- **Tumorectomía.** Tratamiento de tipo conservador que consiste en la extracción del tumor, con un margen suficiente de tejido sano; o bien segmentectomía, que es la extirpación de un segmento más amplio de la glándula. Este tratamiento siempre se complementa con el vaciamiento axilar y la radioterapia, y sólo se hace cuando las características de la

extirpación permitan conservar un seno de volumen y forma adecuados, y se den unas condiciones que aseguren la curación al máximo.

- Mastectomía radical modificada, que permite conservar los músculos pectorales, con el fin de facilitar una posterior reconstrucción estética.

Española de Oncología Médica (2011). **Radioterapia** Mediante esta técnica se persigue destruir las posibles células cancerosas en el área en la que se administra. Es obligada tras un tratamiento quirúrgico de tipo conservador; a veces se emplea como complemento de la mastectomía.

- Externa. Es el método más habitual, se acostumbra a administrar en breves sesiones diarias y la paciente no tiene en ningún momento contacto directo del cuerpo con la máquina a través de la cual recibe el tratamiento.
- Interna. También se conoce con el nombre de braquiterapia, y consiste en colocar sustancias radiactivas cerca o dentro del tumor (o de las zonas donde se sospecha que pueda haber células tumorales).

Quimioterapia El tratamiento consiste en la administración de medicamentos, generalmente por vía intravenosa, con la intención de eliminar complementando a los tratamientos locales de cirugía y radioterapia las células cancerosas que pueda haber por todo el cuerpo. En la actualidad, hay tratamientos de quimioterapia que pueden ser administrados por vía oral.

Terapia hormonal Como ya hemos comentado en el apartado de los tipos de cáncer, los tratamientos, en la actualidad, se planifican en función de los aspectos biológicos y genéticos de las células que originan el cáncer de mama. Cuando estas células conservan la capacidad de responder a los cambios hormonales, pueden ser atacadas si las hormonas que estimulan su desarrollo se suprimen o se administran medicamentos que contrarresten su efecto sobre el crecimiento.

- Tamoxifeno: constituye el tratamiento hormonal utilizado con más frecuencia en el cáncer de mama. Este fármaco evita la acción de los estrógenos sobre la célula, bloqueando su receptor con el fin de que las células afectadas por el cáncer no sigan dividiéndose.
- Inhibidores de la aromatasas: impiden que se formen estrógenos y, por lo tanto, que actúen sobre las células. Sólo son útiles en la mujer postmenopáusia.

Terapia biológica Los tratamientos biológicos son fármacos cuya acción se dirige específicamente a las células cancerosas e interfiere con su capacidad de crecimiento. El receptor HER2 es una proteína que se encuentra en la superficie de muchas células.

Mastectomía radical modificada

La mastectomía radical modificada consiste en la ablación de todo el tejido mamario junto con los ganglios linfáticos axilares.

Cirugía para conservar la mama.

Consiste en lumpectomía, resección amplia, mastectomía parcial o segmentaria o cuantrectomía (resección cuadrante mamario afectado), y ablación de los ganglios axilares (dissección de los ganglios linfáticos axilares) para tumor con componente invasor; posteriormente se aplica un ciclo radioterapia para que se pueda tratar la enfermedad microscópica residual.

4.16. Tipos de tratamiento

(IMSS, 2015). **Los tratamientos pueden clasificarse en grupos, con base en su funcionamiento**

Terapia local o sistémica:

- La terapia local tiene la intención de tratar al tumor en donde se localiza, sin afectar el resto del cuerpo.
- La terapia sistémica se refiere a los fármacos que pueden ser recibidos vía oral o por vía intravenosa. Por ejemplo: quimioterapia, terapia hormonal y terapia dirigida.

Terapia Adyuvante o Neo-adyuvante:

A las pacientes a quienes no se detecta cáncer después de haber sido operadas, con frecuencia se les ofrece un tratamiento adicional, para asegurarse que el cáncer no volverá, esto se llama terapia adyuvante. La terapia sistémica y la radiación pueden ser utilizadas. Algunas pacientes reciben tratamiento como quimioterapia o terapia hormonal antes de la cirugía. El objetivo es reducir el tamaño del tumor con la intención de que se realice una cirugía menos extensa, a esto se le conoce como terapia neo-adyuvante.

4.17. Mastectomía

(SEOM, 2014) La mastectomía es la extirpación quirúrgica de la mama, para tratar enfermedades del tejido mamario, como el cáncer de mama.

- ✓ Mastectomía subcutánea: se extirpa toda la glándula mamaria, pero se deja el pezón y la areola.
- ✓ Mastectomía simple: extirpación de toda la glándula mamaria pero no de los ganglios linfáticos que se encuentran debajo del brazo (ganglios axilares).
- ✓ Mastectomía radical: extirpación de la mama, de los músculos pectorales y de los ganglios linfáticos axilares. Esta cirugía se consideró durante muchos años como el estándar para mujeres con cáncer de mama, pero en la actualidad se utiliza en muy pocas ocasiones.

- ✓ Mastectomía radical modificada: extirpación de toda la mama y de la mayoría de los ganglios linfáticos axilares, conservando los músculos pectorales. Hoy en día es la técnica más empleada.

4.18. Preparación para el procedimiento quirúrgico

Lemattre (2010) Procedimiento quirúrgico

- ✓ Existen muchas incisiones estándar de la piel para la mastectomía radical y la incisión dependerá de la preferencia del cirujano. en general, la incisión se extenderá desde abajo y pasando ampliamente alrededor de la zona tumoral y del seno.
- ✓ Deben levantarse colgados de piel muy delgada de manera que los linfáticos que pueden conducir el tumor por el tejido subcutáneo queden incluidos en la muestra del tumor extirpado.
- ✓ Los colgados de piel son cubiertos cuidadosamente con gasas empapadas en solución salina para evitar lesionarlos.
- ✓ El cirujano inicia ahora su disección en la cara superior de la incisión cerca de la vena axilar y de la arteria axilar
- ✓ La disección comprende el pectoral mayor y el pectoral menor, y los dos son extirpados junto con el seno.
- ✓ Los nervios más importantes que deben protegerse son; el nervio torácico lateral que corresponde al musculo ancho de la espalda y el nervio torácico largo que corresponde al musculo dentado anterior.
- ✓ En el momento de concluir la disección, el tumor y los tejidos que rodean al seno son extirpados en bloque. La zona operatoria es ahora examinada como una pared del tórax y axila perfectamente limpios, con todos los músculos externos extirpados lo mismo que la totalidad del seno.
- ✓ La pared del tórax y la axila son irrigadas de manera suave pero completa, con solución salina estéril para suprimir todo el despojo de tejido y los coágulos de sangre.

- ✓ Se coloca en la axila catéteres múltiples de succión provistos de multitud de agujeros y de diámetro suficiente, y cubriendo el tórax en su parte anterior, trayéndolos al exterior a través de la incisión especial que se hace debajo de la incisión principal.
- ✓ El cirujano debe decidir si se necesita un injerto o si la incisión la piel será cerrada de primera intención.
- ✓ Se aplica un apósito de compresión
- ✓ Los catéteres son inmediatamente conectados con la aspiración.
- ✓ El paciente es trasladado al cuarto de recuperación.

4.19. Tipos de mastectomía

Mastectomía radical. Esta se conoce como mastectomía radical de Halsted y de Meyer, es la clásica mastectomía, y consiste en la extirpación de la glándula mamaria, ambos pectorales y vaciamiento axilar completo. Halsted comenzaba la intervención por la mama y terminaba en la axila; Meyer empezaba por el vaciamiento axilar y seguía con los pectorales para acabar con la mama. La incisión empleada era vertical, y los resultados estéticos eran pésimos. Este había sido el tratamiento quirúrgico estándar del cáncer de mama durante muchísimos años, hasta que fue reemplazado por la cirugía conservadora de mama.

Mastectomía radical ampliada. A la mastectomía radical se asocia la extirpación de los ganglios de la mamaria interna, ya sea de forma discontinua o en bloque con la pared ósea torácica, la cual se refuerza con fascia lata o mallas. Prácticamente en desuso en la actualidad-

Mastectomía superradical A. la mastectomía radical ampliada se le asocia la disección de los ganglios supraclaviculares, ya sea de forma discontinua o en mono bloque, extirpando parte de la clavícula y, de la primera y segunda costillas.

Mastectomía superradical de prudente A la cirugía superradical, se agrega una desarticulación interescapulotorácica del brazo homolateral.

Mastectomía radical modificada

a. Mastectomía radical modificada de Patey. En esta técnica se extirpa la glándula mamaria con el pectoral menor y la fascia del pectoral mayor, con vaciamiento axilar completo.

b. Mastectomía radical modificada de Madden y Auchincloss. En esta técnica se extirpa la glándula mamaria sin pectorales, con vaciamiento axilar completo. La incisión empleada es horizontal, con lo cual se mejora el resultado cosmético.

Mastectomía simple Consiste en la extirpación de la glándula mamaria, sin vaciamiento axilar, a través de una incisión generalmente horizontal. Este tipo de mastectomía tiene una indicación o finalidad más paliativa que curativa, es decir, de limpieza en la mayoría de las ocasiones

Mastectomía subcutánea En este procedimiento quirúrgico, se extirpa la mayor parte de la glándula mamaria conservando la piel, pezón y areola, sin realizar vaciamiento axilar. Este tipo de mastectomía tiene 2 indicaciones fundamentales: 1. Mujeres de alto riesgo de desarrollar cáncer de mama. 2. Enfermedad mamaria benigna extensa, que pueda hacer confundir por sus hallazgos en la exploración física o mamográfica¹³.

Mastectomía segmentaria: el espectro de modalidades quirúrgicas a considerar se completa con la escisión local que pretende la conservación de la mama y que se ha denominado indistintamente mastectomía segmentaria, mastectomía parcial, lumpectomía o tilectomía. (Cruz-Benítez y Morales-Hernández, 2014).

4.20. Intervención: Consejería y acompañamiento emocional

(NOM-041-SSA2-2011) La consejería es un elemento de apoyo a la mujer para llevar a cabo la detección y atención integral del cáncer de mama.

- Mediante la consejería se debe proporcionar información y orientación a la paciente y en su caso a sus familiares, a fin de aclarar las dudas que pudieran tener acerca del cáncer de mama, en cuanto a los siguientes aspectos: anatomía y fisiología de la glándula mamaria, factores de riesgo, conductas favorables, procedimientos diagnósticos, opciones de tratamiento médico, psicológico y acompañamiento emocional, así como las ventajas, riesgos, complicaciones, rehabilitación y reconstrucción.
- La consejería debe hacer énfasis en la efectividad y limitaciones del tratamiento y en el pronóstico de la enfermedad, con base en la particularidad del caso y las características personales del usuario, buscando su participación activa y comprometida para lograr el éxito del tratamiento.
- Se debe constatar que la usuaria ha recibido y comprendido la información proporcionada, a tiempo de ofrecer alternativas para el acceso a dicha información en el momento que la requiera.
- Debido a que en la consejería se establece una comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería entre el prestador de servicios, la persona usuaria y sus familiares, para que se aliente la expresión con absoluta confianza y libertad.
- Se debe tener en cuenta que la decisión y el consentimiento de la usuaria deben respetarse, basándose en los principios de ética, responsabilidad e imparcialidad de la consejería.
- Perfil del personal de salud que proporcione consejería.
- La consejería debe ser proporcionada por personal de salud que haya recibido capacitación específica y esté ampliamente informado sobre los factores de riesgo, la detección, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama
- Para realizar una labor eficaz, el personal de salud que proporcione consejería, debe establecer un diálogo ágil con el usuario o la usuaria, así

como observar, hacer preguntas significativas y escuchar, saber orientar en forma clara y precisa, para lo cual debe auxiliarse de material educativo específico y accesible.

- Lugar y momento para efectuar la consejería.
- Las unidades médicas con acciones específicas de detección, diagnóstico o tratamiento del cáncer de mama deben contar con personal entrenado para las acciones de consejería.
- El acompañamiento emocional se dirige especialmente a personas con sintomatología clínica o detección de cáncer de mama con resultados anormales y debe brindarse durante el proceso de diagnóstico y tratamiento médico.

Tiene como propósito orientar la toma de decisiones informada, favorecer el apego al tratamiento, el empoderamiento de pacientes y mejorar la calidad de vida.

- El acompañamiento emocional debe permitir la exploración y expresión de los sentimientos, tales como: angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación, con objeto de disminuir éstos para facilitar la toma de decisiones y poner en práctica la acción a seguir.

La convivencia con la enfermedad

La mujer que tiene cáncer de mama en cualquiera de sus etapas de desarrollo o tratamiento se halla sometida a una situación psicológica de incertidumbre que, por otra parte, es absolutamente comprensible: miedo, tristeza, desencanto, flaqueza, son emociones y sentimientos humanos que afloran de forma natural en los momentos difíciles de la vida. Sin embargo, estas emociones y sentimientos pueden controlarse y, lo que es más importante, transformarse en experiencias positivas para el futuro. Lograr esta superación y aprender a vivir con la enfermedad depende del conocimiento que se tenga de ésta, de tener ideas muy claras y de seguir las indicaciones que el especialista haya dado. En caso de que

se haya practicado una mastectomía, su consejo servirá también para elegir el momento y el lugar adecuados para la reconstrucción mamaria, si la paciente así lo desea. (Española de Oncología Médica, 2011).

Comunicación social y apoyo psicológico

(SEOM,2011) El cáncer de mama es susceptible de provocar cierto retraimiento social por parte de la mujer afectada, puesto que una primera reacción puede ser la de encerrarse en sí misma y en su casa. Si esto ocurre, es indispensable estar convencida de que lo mejor es acudir a la consulta de un psicólogo o de un psiquiatra. Es importante señalar el apoyo y soporte de las diferentes asociaciones de afectadas. El poder compartir el proceso de la enfermedad con otras personas en la misma situación ayuda, en muchos casos, a aliviar sus efectos y a luchar contra los problemas laborales y sociales que a veces, se derivan.

Para levantar el ánimo

- Descubrir y potenciar las propias capacidades, todo aquello que nos caracteriza y nos hace destacar y ser únicos.
- Expresar las propias emociones es una forma de conocerse mejor y de liberarse de las cargas internas.
- Aceptarse una misma y su circunstancia ayuda no sólo a restablecerse, sino a mantener alto el nivel de autoestima.
- Confiar plenamente en el médico y hacérselo saber es beneficioso para que tanto él como la afectada se sientan más relajados. La paciente también tiene obligaciones, como la de no dejarse llevar por la pasividad.
- Compartir las experiencias con otras mujeres que también hayan sufrido cáncer de mama ayuda a “normalizar” la convivencia con la enfermedad. Si es necesario, debe solicitarse atención integral (Española de Oncología Médica, 2011).

V.- Objetivos

5.1. General

Analizar el nivel de sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

5.2. Específicos

- ✓ Identificar el nivel de sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas.
- ✓ Determinar si existe el riesgo de sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas.
- ✓ Describir el bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas.

VI.- Metodología

6.1. Tipo de estudio

Enfoque cuantitativo: se usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis

Estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, Hernández, Fernández y Baptista (2010).

La investigación se basó en el enfoque cuantitativo mediante el empleo de herramientas como las encuestas, las entrevistas y los cuestionarios, para identificar a los pacientes con sufrimiento y bienestar espiritual del cáncer de mama. Con los resultados obtenidos, se acudió a la elaboración de gráficas que muestren los datos numéricos en porcentajes y frecuencias de la población empleada que se llevó a cabo en la investigación.

Diseño metodológico

Fue no experimental: estudio que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en el que solo se observó el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas después se analizó la variable de estudio.

Transversal: se recopilaron los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Descriptiva: estos indican la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, cuyo propósito es identificar el nivel de sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas con la finalidad de investigar a las mujeres hospitalizadas y en consulta externa del Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

6.2. Material y métodos

6.3. Universo

Población: fue un conjunto de todos los casos mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas que concuerdan con determinadas especificaciones Hernández, Fernández y Baptista (2010). La población está conformada anualmente por 266 pacientes en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

6.4. Muestra y tipo de muestreo

Muestra: fue un subgrupo de la población del cual se recolectaron datos y fueron ser representativo de ésta (Hernández, et al 2010).

Tipo de muestreo

El muestreo fue no probabilístico subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad sino de las características de la investigación (Hernández, et al 2010). La muestra estuvo conformada por 50 pacientes que estuvieron hospitalizados y en consulta externa en el turno matutino con antecedentes de cáncer de mama y postmastectomizadas.

6.5. Criterios de estudio

6.5.1. Criterios de inclusión

Pacientes en el servicio de hospitalización y en el servicio de consulta externa del turno matutino con antecedente de cáncer de mama y postmastectomizadas.

6.5.2. Criterios de exclusión

Pacientes que no estaban presentes en el momento de la aplicación del instrumento y que no aceptaron participar.

6.5.3. Criterios de eliminación

Instrumentos incompletos.

6.6. Definición de variables y unidades de medida

Variables

Dependiente: Sufrimiento y bienestar espiritual

Independiente: enfermedad de cáncer de mama y postmastectomizadas.

6.6.1. Variables del estudio. Tránsito de la variable al ítem. (Anexo 1).

6.7. Técnica (s) de recolección de datos.

6.8. Instrumento

Se utilizó un cuestionario de Raymon F. Paloutzian y Craig W. Ellison (1991/2009) en el estudio de sufrimiento y bienestar espiritual, se agregaron datos sociodemográficos, quedando en total 29 ítems con preguntas de opción múltiple para identificar el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas.

El estudio se realizó por una encuesta auto administrada de 29 preguntas, de las cuales 9 son preguntas dicotómicas y 20 más con medición de la escala Likert. De las cuales 9 fueron preguntas sociodemográficas, 10 preguntas miden el nivel de religión y 10 el nivel de bienestar. En lo antes mencionado sin que se comparta la información proporcionada por el paciente. **(Anexo 2).**

6.9. Procedimiento

Se solicitó al Departamento de Enseñanza al Centro Estatal de Oncología de Morelia Michoacán, la autorización del campo para la aplicación de los cuestionarios al paciente en los servicios de hospitalización y consulta externa en mujeres con Cáncer de mama y Postmastectomizadas. Recibida la autorización se procedió a programar los días y horarios de visita para la aplicación de instrumentos en los diferentes turnos, así como identificar a la supervisora o jefa encargada para solicitar su apoyo durante la aplicación.

Se solicitó la autorización de las personas que participaron en la investigación, se explicó el propósito, así como confidencialidad de los datos, en caso de dudas se aclararon. Se les realizó pos entrevista personal cada una de los pacientes las encuestas con 20 ítems y 9 preguntas sociodemográficas con respuestas de opción múltiple se les indicó que contestaran de la manera más sincera y responsable cada una de ellas. Se informó que tenían aproximadamente 20 minutos para responder la encuesta. Después de terminada esta entrevista se les agradeció a todos los participantes.

6.10. Prueba piloto

La prueba piloto se realizó con los pacientes con características semejantes a los sujetos de estudio, se encuestaron mujeres hospitalizadas y en consulta externa del turno matutino del Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

6.11. Validación del instrumento

Se determinó con el procedimiento medidas de consistencia interna Alpha de Crombach obteniendo el siguiente resultado.

Test de confiabilidad	No. De ítems	Arpha de crombach
Escala total	29	.69

6.12. Límite de tiempo y espacio

Tiempo

Se aplicó el instrumento de medición de las variables del 31 de marzo al 15 de abril del 2014.

Espacio

Hospitalización y consulta externa del Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

VII.- Consideraciones éticas

En el desarrollo de esta investigación se ha dado cumplimiento a los aspectos éticos del Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México a la Ley General de Salud en Materia de investigación. De acuerdo con los principios básicos de respeto a la integridad física y mental del participante, de la Declaración de Helsinki y considerando lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud de la Secretaría de Salud de México en su título segundo a fin de garantizar el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar tal como lo señala el Artículo 13, se consideró a esta investigación sin riesgo con base en el Artículo 17, debido a que sólo se aplicará un instrumento para medición de las variables de estudio.

De igual manera, la investigadora se compromete a contar con el consentimiento informado de los participantes de acuerdo a lo previsto en el Artículo 14 fracción V, el cual se obtendrá por escrito, se dará una explicación clara y completa que sea comprendida (Artículo 20), los objetivos de la investigación, los riesgos y beneficios, el proporcionar respuesta a las dudas que surjan durante la investigación, que podrá retirar su consentimiento en cualquier momento (Artículo 58), la seguridad de mantener la confidencialidad de los datos que se obtendrán de los cuestionarios, los cuales se mantendrán en absoluta privacidad (Artículo 21); el investigador también respetará lo establecido en el Artículo 22 al elaborar el

consentimiento informado, debiendo obtener la aprobación de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, indicando los nombres y direcciones de dos testigos, incluyendo su firma así como la del participante o, en caso de que no supiere firmar, imprimir la huella digital firmando a su nombre otra persona designada por él. Se garantizará también que el consentimiento informado no se solicitará hasta en tanto el proyecto de investigación no sea aprobado por los Comités de Investigación y Ética (Artículo 99 fracciones I y III y Artículos 109 y 111) y nunca antes de la recolección de datos, debiendo entregar una copia del mismo al participante.

Así mismo, la investigadora respetará lo señalado en el Capítulo V en los Artículos 57 y 58 al realizarse la investigación en participantes, por lo que se garantizará que los resultados de la investigación no serán utilizados en su perjuicio. Igualmente, el investigador respetará lo establecido en los Artículos 113, 114 y 116 del Título Sexto relativos a la ejecución de la investigación garantizando que la conducción del proceso de investigación será efectuada por un equipo de trabajo que posee la experiencia y conocen los principios éticos que guían la investigación, a fin de cumplir con las fracciones I, II, III, IV, V, VI y VII. Se considerará también lo señalado en los Artículos 117, 118, 119 y 120 que incluye la selección de los investigadores asociados y el personal técnico y de apoyo que acrediten su capacitación en ética; así como la elaboración, publicación y difusión de informes del estudio y hallazgos finales garantizando que quienes colaboren en todo el proceso de investigación respetarán la confidencialidad de los participantes durante la recolecta, captura, análisis y resguardo de los datos obtenidos mediante el empleo de folios para identificarlos, los cuales serán conservados en el cubículo del investigador, a fin de corroborar su seguridad.

7.1.- Consentimiento informado. (Anexo 3).

VIII.- Plan de difusión y publicación de resultados

Los resultados se darán a conocer en las sesiones de actualización del personal de Enfermería en el Hospital de Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

8.1. Análisis e interpretación de resultados. Anexo (4)

8.2. Resultados

Se realizó el análisis estadístico a través de la utilización del paquete Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 19, se presentaron los resultados obtenidos en graficas con frecuencias y porcentajes.

En la presente investigación se entrevistaron 50 pacientes en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán para analizar el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas.

Se indago en datos sociodemográficos, con preguntas de opción múltiple y se aplicó un instrumento con 20 ítems para analizar el sufrimiento espiritual y bienestar, a continuación, se describen los resultados.

El 66% (33) tiene entre 41-50 años de edad, el 20% (10) tiene de 30-40 años, siendo así, 6%(3) tiene entre 20-29 años, igual manera el 6% (3) de 61 años y más y el 2% (1) de 51-60 años.

Respecto al estado civil de las mujeres se encontró que un 66% (33) mujeres son casadas, el 12% (6) están divorciadas, de igual manera el 12% (6) refieren estar soltera, siendo así el 6% (3) son viuda y el 4% (2) refieren estar en unión libre.

En relación al número de hijos el 54% (27) tiene de 1-4 hijos, mientras el 24% (12) no tiene ninguno, el 16% (8) tienen de 5-7 hijos, de igual manera el 4% (2) más de 11 hijos y 2% (1) de 8-10 hijos.

De acuerdo con quien vive, 64% (32) viven con su esposo, el 16% (8) viven con sus hijos, el 10% (5) están con padre/madre, el 10% (5) con hermanos.

En relación a la escolaridad, el 52% (26) a nivel primaria, siendo así el 26% (13) nivel secundario, igual manera el 16% (8) nivel de estudio ninguno y por lo tanto 6% (3) nivel preparatorio.

Referente a la ocupación, el 18% (9) si trabajan y el 82% (41) no trabajan.

Respecto a su religión, el 88%(44) son católica, siendo así el 10% (5) son evangélicos, mientras el 2%(1) son creyentes.

De acuerdo a la pregunta hace cuanto diagnosticaron el cáncer de mama, 50% (25) más de un año, siendo así el 22% (11) 2-5 meses, mientras el 20% (10) 6 – 9 meses y el 8%(4) menos de un mes.

El 68% (34) no padecen otro tipo de enfermedad, siendo así el 18 % (9) padecen diabetes, de igual manera el 8% (4) padecen otra enfermedad, mientras el 4% (2) padecen obesidad y el 2% (1) padecen hipertensión arterial.

Respecto al ítem, no encuentro mucha satisfacción al orar en privado obteniendo un porcentaje de 30% (15) en desacuerdo, siendo así el 22%(11) completamente de acuerdo, mientras el 14% (7) están de acuerdo, de igual manera el 14% (7) completamente en desacuerdo, por lo tanto, el 12% (6) en desacuerdo, y el 8% (4) moderadamente en desacuerdo.

Referente a los resultados que se obtuvieron, en el ítem, no sé quién soy, de donde vine o a donde voy, el 34% (17) en desacuerdo, por lo tanto, el 22% (11) están completamente de acuerdo, siendo así el 18% (9) de acuerdo, de igual manera el 16% (8) están completamente de acuerdo, mientras el 10% (5) moderadamente en desacuerdo.

El 36% (18) están completamente de acuerdo en el ítem, creo que dios me ama y creo que sí le importo, mientras el 32% (16) están completamente en desacuerdo, el 16% (8) están de acuerdo, de igual manera el 8% (4) están moderadamente en desacuerdo, el 4% (2) en desacuerdo, siendo así el 4% (2) moderadamente de acuerdo.

En el ítem creo que la vida es una experiencia positiva el 32% (16) completamente en desacuerdo, mientras el 22% (11) refieren estar completamente de acuerdo, siendo así el 18% (9) están de acuerdo, el 10%(5) en desacuerdo, de igual manera el 10%(5) moderadamente de acuerdo y el 8% (4) moderadamente en desacuerdo.

Respecto el 34% (17) respondieron estar en desacuerdo al responder a la pregunta creo que dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias, mientras el 18% (9) completamente de acuerdo, de igual manera el 18% (9) están de acuerdo, siendo así el 16% (8) están completamente en desacuerdo, por lo tanto, el 12% (6) moderadamente en desacuerdo el 2% (1) moderadamente de acuerdo.

De acuerdo al ítem, siento que mi futuro es incierto 52% (26) en desacuerdo, el 18% (9) están moderadamente en desacuerdo, el 16% (8) de acuerdo, el 8% (4) moderadamente de acuerdo y el 6% (3) completamente en desacuerdo.

En relación al ítem, tengo una relación personal significativa con Dios el 26%(13) están completamente de acuerdo, mientras el 24% (12) están completamente en desacuerdo, siendo así el 22% (11) de acuerdo, de igual manera el 14% (7) están moderadamente de acuerdo, el 8% (4) moderadamente en desacuerdo y 6% (3) en desacuerdo.

El 46% (23) de las mujeres encuestadas respondieron sentirse pleno y satisfecho con la vida están completamente de acuerdo, así el 22% (11) están de acuerdo, siendo así el 16% (8) moderadamente de acuerdo, mientras el 12% (6) en

desacuerdo, de igual manera el 2 % (1) moderadamente en desacuerdo y el 2% (1) completamente en desacuerdo.

Respecto al ítem, no obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios el 28%(14) respondió estar en desacuerdo, siendo así el 18% (9) de acuerdo, el 14% (7) completamente de acuerdo, el 10% (5) moderadamente en desacuerdo y el 4% (2) moderadamente de acuerdo.

En el ítem, tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que mi vida el 42% (21) respondió estar completamente de acuerdo, mientras el 24% (12) están de acuerdo, por lo tanto, el 20% (10) en desacuerdo, así el 10% (5) moderadamente de acuerdo, de igual manera el 2% (1) moderadamente en desacuerdo y solo el 2% (1) completamente en desacuerdo.

Referente al ítem, creo que Dios le preocupan mis problemas, el 56% (28) completamente de acuerdo, mientras el 24% (12) están de acuerdo, siendo así el 16% (8) están moderadamente de acuerdo y el 4% (2) en desacuerdo.

En el ítem, no disfruto casi nada de la vida, el 36% (18) en desacuerdo, mientras el 20% (10) completamente en desacuerdo, siendo así el 16% (8) completamente de acuerdo, de igual manera el 16%(8) moderadamente en desacuerdo, el 10% (5) de acuerdo y solo el 2% (1) moderadamente de acuerdo.

Con respecto al ítem, no tengo una relación personal con Dios que les satisfaga, el 34% (17) en desacuerdo, mientras el 22% (11) completamente en desacuerdo, siendo así el 14% (7) están de acuerdo, así el 12% (6) completamente de acuerdo, de igual manera el 12%(6) moderadamente de acuerdo, y el 6% (3) esta moderadamente de acuerdo.

Con base al ítem, me siento bien con respecto a mi futuro el 32 %(16) completamente de acuerdo, mientras el 30% (15) de acuerdo, siendo así el 18% (9) moderadamente de acuerdo, por lo tanto, el 14% (7) en desacuerdo, el 4% (2) completamente en desacuerdo y solo el 2% (1) moderadamente en desacuerdo.

Un 56% (28) de las mujeres encuestadas respondieron estar completamente de acuerdo, mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo, mientras el 22% (11) están de acuerdo, siendo así el 16% (8) respondieron moderadamente de acuerdo y solo el 6% (3) en desacuerdo.

Las mujeres encuestadas negaron sentir que la vida está llena de conflictos e infelicidad con un 36% (18) en desacuerdo, mientras el 24% (12) están de acuerdo, siendo así el 14% (7) completamente en desacuerdo, mientras el 10% (5) completamente de acuerdo, igual manera el 10% (5) completamente de acuerdo, y el 6% (3) moderadamente de acuerdo.

De acuerdo a ítem, me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios, el 52% (26) completamente de acuerdo, mientras tanto el 22% (11) están de acuerdo, siendo así el 20% (10) moderadamente de acuerdo, de igual manera el 6% (3) en desacuerdo.

Lo relacionado en el ítem, la vida no tiene mucho significado el 40% (20) en desacuerdo, mientras tanto el 22% (11) moderadamente en desacuerdo, siendo así el 20% (10) completamente en desacuerdo, así el 10% (5) completamente de acuerdo, de igual manera el 8% (4) de acuerdo.

Respecto, mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar, el 62% (31) completamente de acuerdo, mientras el 24% (12) de acuerdo, siendo así el 8% (4) moderadamente de acuerdo y el 6% (3) en desacuerdo.

En el ítem, creo que hay un propósito verdadero para su existencia, el 66% (33) completamente de acuerdo, mientras así el 20% (10) de acuerdo, así el 10% (5) moderadamente de acuerdo, el 2% (1) en desacuerdo y el 2% completamente en desacuerdo.

IX.- Discusión

En la investigación de Sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas, respecto a las mujeres casadas fueron un 66%, y solteras solo el 12%; encontrando similitud con los resultados de Gallegos y Hernández (2008) encontraron que las mujeres casadas representaron el 54% y solteras un 46%; además concluye en su estudio que las personas casadas presentaron grados más altos de bienestar espiritual que las solteras.

Las mujeres entrevistadas de acuerdo a la pregunta de su religión un 88% son católicas, similitud con los resultados de Gallegos, Hernández (2008) concluye que la mayoría de las personas presentaron bienestar espiritual bueno, un 91% son de religión católica y la relación interpersonal permitió explorar y comprender creencias, valores y actitudes, con la finalidad de conducir a la salud, como cualidad dinámica que permite la experiencia potencial del bienestar físico y social, que confiere la oportunidad de vivir bien y en armonía.

En relación a encontrar satisfacción al orar en privado un 30 % refirió estar en desacuerdo, respecto de lo que menciona Araujo, Sales y Mato (2008) menciona que es una, práctica cotidiana que acontecen por medio de la oración, del contacto íntimo con la naturaleza, así como del sentido de conexión con una Fuerza Superior, que propiciaba tranquilidad, bienestar y el fortalecimiento de la vida.

De acuerdo a, mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar, el 62% de las mujeres están completamente de acuerdo, encontrando similitud con los resultados de Nefrología (2012) en bienestar espiritual se relaciona positiva y significativamente con religiosidad: las personas que se declaran más religiosas perciben una mayor sensación de bienestar espiritual global, con lo que declaran más beneficios asociados a la espiritualidad en la superación de las consecuencias de su problemática de salud.

En el ítem, creo que hay propósito verdadero para mi existencia, el 66% están completamente de acuerdo, en comparación con el estudio de Nefrología (2012) refieren más propósito vital y una menor falta de significado. Por otra parte, a mayor percepción de bienestar espiritual, mayor creencia y esperanza en una vida ultraterrena, lo que se traduce en una mayor sensación de paz interior, de propósito y de beneficios de la espiritualidad.

X.- Conclusiones

El cáncer de mama constituye uno de los tumores malignos que mayor número de defunciones produce anualmente en el sexo femenino a nivel mundial, siendo la causa fundamental de éste comportamiento la poca percepción que tienen las mujeres sobre la importancia de la realización del autoexamen de mama como método fundamental para la detección y la necesidad de asistencia a las consultas médicas especializadas anualmente.

El cáncer de mama constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres y el bienestar de las familias, así como para los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto. Esto es particularmente evidente en los países de ingresos medios en los que la transición epidemiológica y demográfica han progresado en forma notable.

Las mujeres con cáncer de mama postmastectomizadas y que participaron en esta investigación, tienen bienestar espiritual y este es considerado como un pilar importante para lograr una buena recuperación y tener una mejor calidad de vida. Además, el bienestar espiritual ayuda a tener una adaptación y afrontamiento adecuado a la enfermedad y a los tratamientos que esta enfermedad requiere. En algunas mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas existe un nivel muy bajo de sufrimiento espiritual y en su mayoría no tiene sufrimiento espiritual.

XI.- Sugerencias

- Se sugiere al personal de salud dar información a la mujer sobre la prevención del cáncer y enseñar la técnica correcta de la exploración mamaria.
- Mujeres desde los 20 años de edad soliciten información y realicen la autoexploración mamaria una vez al mes, esto permite conocer sus senos y en caso de detectar alguna anormalidad, acudir al médico.
- Las mujeres con antecedente de cáncer de mama son factores de riesgo, que deben ser criterio para toma de mamografía y así prevenir el cáncer.
- Debido a la alta tasa de incidencia de cáncer de mama, se recomienda al Centro Estatal de Oncología dirigir mayor esfuerzo hacia sus estrategias de prevención de cáncer de mama, enfocándose en una mejor educación y detección temprana de la patología en la población.
- Evita el sedentarismo: el ejercicio físico protege contra el cáncer de mama, con solo realizar un mínimo de 30 minutos diarios de actividad a prevenir el cáncer de mama y otras patologías, realizando publicaciones por medio del Facebook o páginas de internet muy consultadas.
- Llevar a cabo una buena alimentación rica en frutas y verduras.
- Como estudiantes de enfermería se recomienda dar platicas y repartir folletos en el mercado, escuelas, parque y entre otros.
- Esta vez recomienda la vacunación contra el virus del papiloma, la lactancia materna y limitar el uso de la terapia de sustitución hormonal.

XII.- Referencias bibliográficas

1. Heather Herman, T. (2010). *NANDA internacional: diagnósticos enfermeros* (p.298). España: El Sevier.
2. Ávila Sansores Grever María., Cacique Cacique Leticia. (2007). Diagnóstico y Cuidado Enfermero en el Sufrimiento Espiritual. Ediciones.Vol.15 n° 5. Práctica clínica.
3. Debita T. Vincent. (2000). *Cáncer principios y practica de oncología*. 5 ediciones. vol. 1. (p.219). Médica Panamericana, S.A.
4. INEGI. (2014). *Cáncer de Mama*. Recuperado en 10 de marzo 2015. Disponible en: <http://noticieros.televisa.com/mundo/1410/dia-internacional-cancer-mama/>
5. OMS (2013). La incidencia del cáncer de mama aumenta un 20% desde 2008. <http://www.efesalud.com/noticias/oms-la-incidencia-del-cancer-de-mama-aumenta-un-20- desde-2008/>
6. Saad Marcelo., Masiero, D. Battistella, L. (1999). *Espiritualidad basada en evidencias*. articulo original.
7. Terceño López, C. (enero 2010). *Espiritualidad y cuidados de enfermería: una revisión panorámica*. Recuperado en 1 de enero 2016. Disponible en: <http://ww.index-com/eticuidado/n5/et7346.php>.

8. Hartman, Lynn., Loprinzi, L. Charles. (2005). Clínica mayo: Guías del cáncer en la mujer. (pp.49-52). Editorial trilla, S.A de C.V.
9. Bulechek, G.M, Batcher, H.K., Pochferma, J.M. (quinta edición). (2009). clasificación de intervención de enfermería (Nic). Barcelona: El SEVIER.
10. Gallegos Alvarado, M., Hernández, Herrera. (2008). *Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificando a través de la relación enfermera-paciente*. (Rev. Enfermera. Inst. México. Seguro Soc. 16(2): 99-104.
11. Collado Martínez, Ruth E. (2010) Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería. Universidad Interamericana de Puerto Rico –Recinto de Ponce. Revista 360/nº 5.
12. Dornelles Prolla, Carmen María., Santos Silva, Patricia., Brinckmann Oliveiro, Cristina., Ashton Prolla, Patricia. (2015). Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama hereditario en el personal de enfermería de un hospital público. Revista Latinoamericana.
13. Secretaria de Salud de México. (octubre 2012). Cáncer de mama. Recuperado en 30 de enero 2016. Disponible en: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/10/mensajero-CaMama.pdf>
14. Razetti Caracas, Luis. (dic 2011). Cáncer de mama en mujeres de edad media evaluación de los factores de riesgo. v.23 n.4. Revista Venezolana de Oncología.

15. Sánchez pórtela, Joel R., Verga Tirado, Belkis (ene.-mar. 2011). Medicina general integral. Ediciones v.15 (pp.1). Revista publicada en ciencias médicas de pinar del río.
16. Cuenca Rodríguez, carolina., Despaigne Biset, Ana Esther., Beltrán Mayeta, Yumaile. (2013). Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano "José Martí". Ediciones vol.17.num. 1. Cuba. ARTÍCULO ORIGINAL.
17. Ruiz Carreño, paula. (2015). Estudio sobre la Calidad de Vida en Mujeres Supervivientes al Cáncer de Mama. Pag. (45-51). tesis doctoral. recuperado en 15 de marzo 2015.disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/45520/1/TESIS%20COMPLETA-Paula.pdf>
18. Arce Salinas Claudia., Bargallo, Enrique., Villaseñor, Carlos., et al. (2011). Oncología: cáncer de mama. Instituto Nacional Cancerología. México D.F. Recuperado en 2 de febrero del 2016. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324685.pdf>
19. Institutos Nacionales de la Salud. (2013). El cáncer del seno. Edición internet. Revisado en enero 2013. Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU. disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/educacion-para-pacientes/seno.pdf>

20. Asociación Española Contra el Cáncer. (2014). Cáncer de mama. Madrid. Recuperado en 10 de febrero 2016. Disponible en: https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama_2014.pdf
21. Lauro Umaña, Yenni marcela., Mayorga rojas, Paola Andrea. (1997-2007). (2011). Lineamiento para la promoción y prevención de cáncer de mama. Bogotá D.C. 15 de febrero del 2015 .Disponible en: <file:///C:/Users/Marlen/Desktop/tesis18%20autor%20de%20historia.pdf>
22. Torres cuevas J.J., Santos J.A. Miranda. (2012) Oncología (P.194). Básica. Vector Ediciones. Madrid.
23. NORMA Oficial Mexicana, NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
24. Brandan Ester, María., Villaseñor Navarro, Yolanda. (2011). Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México. (P. 6). Recuperado en 22 de febrero 2016. disponible en: <http://incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172289111.pdf>
http://www.docvadis.es/caride/document/caride/autoexploracion_mamari_a/fr/metadata/files/0/file/Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%20-%20Autoexploraci%C3%B3n%20Mamaria.pdf
25. Sánchez Cárdenas, Jesús., Bargallo Rocha, Enrique., Erazo Valle, Aura., Maafs Molina, Eduardo., Chacón Poitevin, Adela. (2013) Consejo Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario: EL SEVIER. Recuperado

en 10 de marzo 2016. disponible en:
<http://www.incan.edu.mx/images/cmama.pdf>

26. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2011). Hablemos de cáncer de mama médica. 3 edición. Ediciones acv. Barcelona disponible en:
http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/hablemos_cancer_mama.pdf

27. Gobierno USA. (agosto 2013). Centro Nacional para la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud. Disponible en:
http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/diagnosis.htm

28. Española de oncología médica (SEOM). (2011). Información y consejos prácticos para las personas que han de convivir con el cáncer de mama. Tercera edición. ROCHE FARMA, S.A. Madrid. Disponible en:
[http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/HABLEMOS_CANCER_MAMA.pdf\(2011](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/HABLEMOS_CANCER_MAMA.pdf(2011)

29. European Society for Medical Oncology. (ESMO). (2013). Cáncer de mama: una guía para pacientes. vol.1. (p7). Disponible en:
<https://www.esmo.org/content/download/6594/114963/file/ES-Cancer-de-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf>

30. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2015). Cáncer de mama. Recuperado en 10 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>
31. Sociedad española de oncología médica (SEOM). (2014). Mujeres con mastectomía; tu vida tras la pérdida de la mama. Recuperado en 15 de abril del 2016. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto_n14.pdf
32. Lemattre D. George. (2010). Enfermería Quirúrgica. (pp.381-384) .4 edición. Interamericana Sad.
33. Cruz Beníteza, Luis., Morales Hernández, Eduardo. (2014). Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. Cirugía Oncológica, Hospital Ángeles Acoxta, México D.F., México. (Pag.127-129). Artículo de revisión. EL SEVIER. Recuperado en 22 de abril del 2016. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90336177&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=305&ty=126&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=305v13n02a90336177pdf001.pdf

34. Española de oncología médica (SEOM). (2011). Información y consejos prácticos para las personas que han de convivir con el cáncer de mama. Tercera edición. ROCHE FARMA, S.A. Madrid. Recuperado en 24 de abril del 2016. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/HABLEMOS_CANCER_MAMA.pdf\(2011](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/HABLEMOS_CANCER_MAMA.pdf(2011)
35. Gobierno USA. (2016). Centros para el control y la prevención de enfermedades. recuperado en 28 de abril del 2016. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm
36. Barriga, osmauli. (2012). Cáncer de mama. Recuperado en 1 de mayo del 2016. Disponible en: http://cancerdemamaob.blogspot.mx/2012/05/cuadro-clinico_12.html
37. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFIA (INEGI). (2015). “estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama. (pag.1_4). Aguascalientes. Recuperado en mayo 2016. Disponible: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>
38. Villarreal Ríos, Enrique., Escorcía Reyes, Verónica., Martínez González, Lidia., Vargas Daza, Emma R., Galicia Rodríguez, Liliana., Cervantes Becerra, Roxana. et al. (2014). Historia natural del proceso diagnóstico del cáncer de mama. Rev. Panam Salud Pública. Artículo original. Recuperado en 15 de mayo del 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n3/a02v35n3.pdf>

39. Hernández Sampieri, Roberto., Fernández Callado Carló., Baptista Lucio, Pilar (2010). Metodología de la investigación. (5ta edición). México DF: Mc Graw Hill Interamericana.
40. John, Williams. (2003). Que es la religión. Revista Nacional Geographifc. All rights reserve. Recuperado en 20 DE MAYO DEL 2016. disponible en <http://nationalgeographic.es/viaje-y-culturas/culturas-y-civilizaciones/que-es-la-religion>
41. Pacciolla Aureliano., Mancini Francesco. (2012). Cognitivismo esistenziale. 1 edición. Bogotá-Colombia. Recuperado en 22 de mayo del 2016. Disponible en: http://books.google.com.mx/books?id=9lusSHvds58C&pg=PA203&lpg=PA203&dq=que+es+el+bienestar+existencial&source=bl&ots=V2bIt31fCl&sig=XCsRVXRyqjFdVAID4R74NUOWQk0&hl=es&sa=X&ei=4CCvUpOILOnV2QWB_4CQCQ&ved=0CFEQ6AEwBg#v=onepage&q=que%20es%20el%20bienestar%20existencial&f=true
42. Raymon, F. Paloutzian, PhD., Craig W. Ellison, PhD, (1991/2009). Manual for the spiritual well-being scale, life. ADVANCE
43. Galvis López, Melina Alexandra., Pérez Giraldo, Beatriz. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. Colombia. Disponible en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2016/html>

XIII.- Apéndices y anexos

13.1. Variables del estudio. Tránsito de la variable al ítem. (ANEXO 1).

Variable	Indicador	Medición
Sociodemográficas	Edad.	Años cumplidos.
	Estado civil.	Con o sin pareja.
	Cuantos hijos tiene	Con o sin hijos.
	Con quien viven.	Familiares o solo.
	Escolaridad	Años de estudio.
	Ocupación.	Con o sin trabajo.
	Religión.	Cristiana o católica.
	Tiempo de Diagnostico.	Meses, años.
	Otro tipo de enfermedad.	Cual.

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
	Religión	John (2003). Nivel de religión es el resultado del esfuerzo del ser humano por contactar con el "el más allá. En ellas pretende encontrar la luz que necesita para develar el misterio que envuelve su origen y su destino,	1. No encuentro mucha satisfacción al orar en privado. 3. Creo que Dios me ama y creo que sí le importo 5. Creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias 7. Tengo una relación personal significativa con Dios

Sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas.		para interpretar el sentido y el propósito de la existencia, para descubrir las causas del dolor que lo aqueja; y, en fin, para encontrar un poco de alivio a sus incontables males John (2003).	9. No obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios 11. Creo que a Dios le preocupan mis problemas 13. No tengo una relación personal con Dios que me satisfaga 15. Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo 17. Me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios. 19. Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar CA= completamente de acuerdo. MA=moderadamente de acuerdo. A= desacuerdo. D= en desacuerdo. MD=moderadamente en desacuerdo. CD= completamente en desacuerdo.
	Bienestar	Paciolla y Mancini	2. No sé quién soy, de dónde vine o a dónde voy. 4. Creo que la vida es una experiencia

		(2012) Es el grado de respeto al principio de economía, para lo cual el método inicial del terapeuta, no obstante estar contextualizado en una reorientación compresiva existencial de la persona, podrá parecer como una intervención de carácter cognitivo comportamental orientada al síntoma.	positiva. 6. Siento que mi futuro es incierto. 8. Me siento pleno y satisfecho con la vida. 10. Tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va mi vida. 12. No disfruto casi nada de la vida. 14. Me siento bien con respecto a mi futuro. 16. siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad. 18. La vida no tiene mucho significado. 20. Creo que hay un propósito verdadero para mi existencia CA= completamente de acuerdo. MA=moderadamente de acuerdo. A= desacuerdo. D= en desacuerdo. MD=moderadamente en desacuerdo. CD= completamente en desacuerdo.
--	--	--	---

13.2. Instrumento. (ANEXO 2)



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICÓLAS DE HIDALGO

Facultad de enfermería



Introducción. El propósito de esta investigación es Identificar el nivel de sufrimiento espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas. Su participación es muy importante, los resultados que se obtengan serán absolutamente confidenciales. El tiempo aproximado de respuesta será de 20 minutos. De antemano agradezco su participación.

Responsable: E.L.E. Marlene Teresa Sánchez López

1. Edad

- 1) 20 a 29 años 2) 30 a 40 años 3) 41 a 50 años 4) 51 a 60 años 5) Más de 61 años

2. Estado civil

- 1) Soltera 2) Casada 3) Divorciada 4) Viuda 5) Unión libre

3. Cuántos hijos tiene

- 1) Ninguno 2) 1-4 3) 5-7 4) 8-10 5) Más de 11

4. Con quién vive

- 1) Esposo 2) Padre / madre 3) Hijos 4) Hermanos 5) Sola

5. Escolaridad

- 1) Ninguno 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Universidad 6) otros _____

6. Ocupación

- 1) Trabaja 2) No trabaja

7. Religión

1) católica 2) Evangélica 3) Testigo de Jehová 4) judío 5) Creyente 6)
Otros_____

8. Hace cuánto le diagnosticaron el cáncer de mama.

1) Menos de un mes 2) 2-5 meses 3) 6-9 meses 4) Más de un año

9. Padece otro tipo de enfermedad.

1) Ninguno 2) Diabetes 3) Hipertensión arterial 4) Obesidad
5) Otras_____

Instrucciones: En cada una de las oraciones, marque con una equis (X) la opción que mejor indique su acuerdo o desacuerdo con respecto a su experiencia personal.

Raymon F. Paloutzian y Craig W. Ellison (1991/2009) **SUFRIMIENTO Y BIENESTAR ESPIRITUAL.**

CA = Completamente de acuerdo

D = En desacuerdo

MA = Moderadamente de acuerdo

MD = Moderadamente en desacuerdo

A = De acuerdo

CD = Completamente en desacuerdo

No.	Preguntas	CA	MA	A	D	MD	CD
1	No encuentro mucha satisfacción al orar en privado						
2	No sé quién soy, de dónde vine o a dónde voy						
3	Creo que Dios me ama y creo que sí le importo						
4	Creo que la vida es una experiencia positiva						
5	Creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias						
6	Siento que mi futuro es incierto						

7	Tengo una relación personal significativa con Dios						
8	Me siento pleno y satisfecho con la vida						
9	No obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios						
10	Tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va mi vida						
11	Creo que a Dios le preocupan mis problemas						
12	No disfruto casi nada de la vida						
13	No tengo una relación personal con Dios que me satisfaga						
14	Me siento bien con respecto a mi futuro						
15	Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo						
16	Siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad						
17	Me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios						
18	La vida no tiene mucho significado						
19	Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar						
20	creo que hay un propósito verdadero para mi existencia						

13.3. Consentimiento Informado. (ANEXO 3)

Proyecto de Investigación: Sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas del Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Explicación de la investigación. Este es un proyecto de investigación que realizo Marlene Teresa Sánchez López, como parte de los estudios que llevo a cabo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de san Nicolás de Hidalgo de Morelia Michoacán.

Propósito de la investigación. Identificar el nivel de sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas del Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Descripción del estudio y procedimiento. Si Usted acepta participar en este estudio le pediré de favor que firme esta hoja de "Consentimiento informado" y conteste el cuestionario con respuestas de opción múltiple para así medir el nivel de sufrimiento y bienestar espiritual.

Preguntas. Si usted tiene alguna duda sobre el estudio puede comunicarse con la responsable de la tesis en el siguiente teléfono 4432160473.

Confidencialidad. La información que Usted nos dé en los cuestionarios, no será conocida por nadie más que las personas que participen en el estudio y se utilizará sólo para los propósitos de esta investigación que ya se le explicaron anteriormente. Su nombre no será mencionado en esta investigación.

Firma del consentimiento informado

Si usted está de acuerdo en participar, por favor firme en la línea y recuerde que, aunque haya firmado este documento, usted puede abandonar el estudio en el momento que así lo decida.

Nombre y firma del participante.

Fecha:

13.4. Análisis e interpretación de resultados (anexo 4)

Graficas

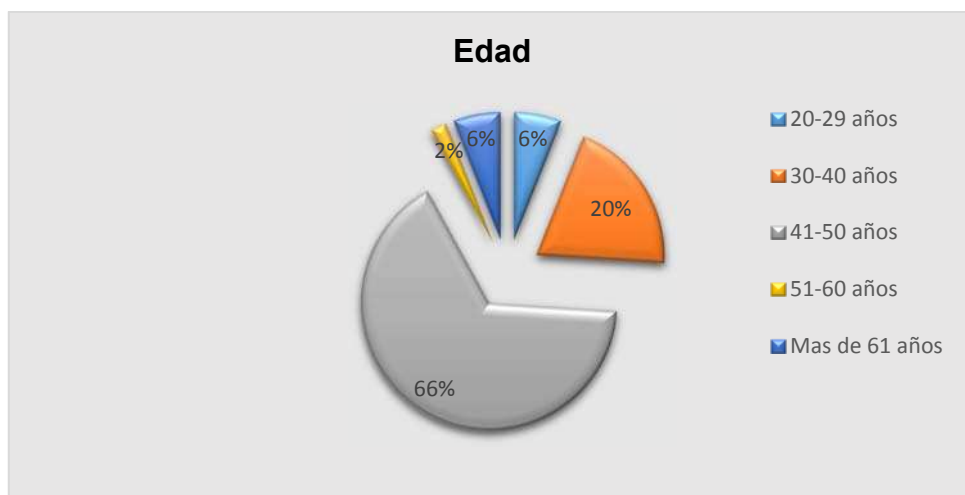
Tabla 1

Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-29 años	3	6.0
30-40 años	10	20.0
41-50 años	33	66.0
51-60 años	1	2.0
Más de 61 años	3	6.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el Sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 1



Interpretación: El 66% de las mujeres tiene de 41 a 50 años, el 20% se encuentran en el rango de 30 a 40 años, el 6% de 20 a 29 años, igualmente el 6% el 6% tiene más de 61 y solo el 2% de 51 a 60 años.

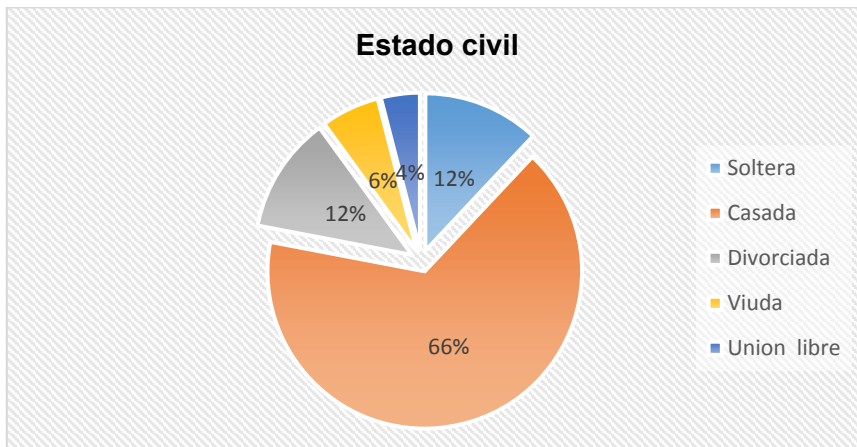
Tabla 2

Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	6	12.0
Casada	33	66.0
Divorciada	6	12.0
Viuda	3	6.0
Unión libre	2	4.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el Sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 2



Interpretación: Respecto a su estado civil, 66% de las mujeres son casadas, 12% respondieron están soltera, de igual manera 12 % divorciada, 6% están viuda, y lo último 4% contestaron estar en unión libre.

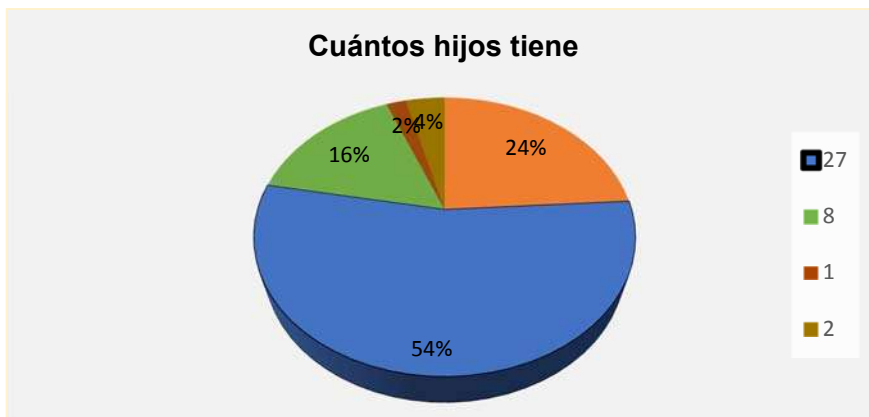
Tabla 3

Cuántos hijos tiene

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	12	24.0
1-4	27	54.0
5-7	8	16.0
8-10	1	2.0
Más de 11	2	4.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el Sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 3



Interpretación: El 54% tienen de 1-4 hijos, mientras el 24% respondieron no tiene ninguno, y por lo tanto el 16% tienen de 5-7 hijos, de igual manera el 2% es de más de 11 hijos y el 1% tienen de 8-10 hijos.

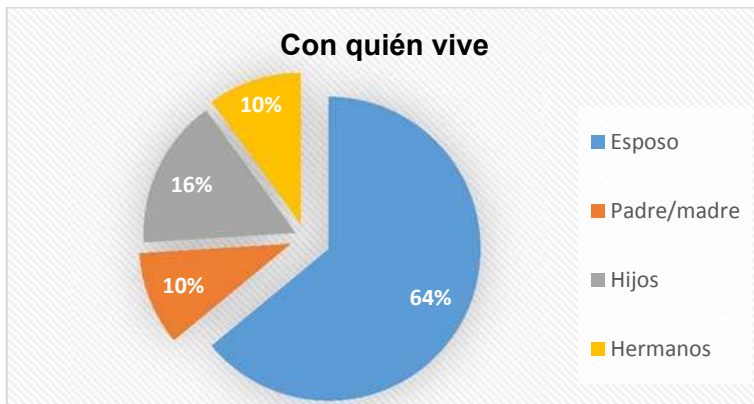
Tabla 4

Con quién vive

Con quién vive	Frecuencia	Porcentaje
Esposo	32	64.0
Padre/madre	5	10.0
Hijos	8	16.0
Hermanos	5	10.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 4



Interpretación: Respecto a con quien viven un 64% respondieron que viven con su esposo, mientras el 16% viven con sus hijos, siendo así el 10% están con padre/madre, de igual manera el 10% viven con hermanos.

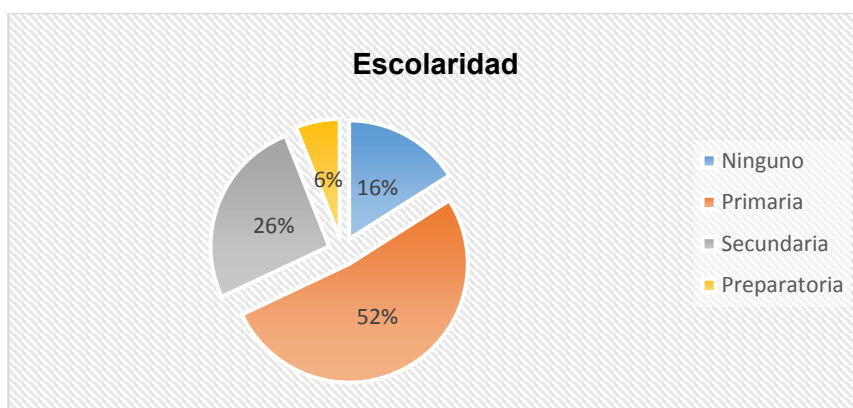
Tabla 5

Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	8	16.0
Primaria	26	52.0
Secundaria	13	26.0
Preparatoria	3	6.0
Total	50	100.0

Fuente: Instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 5



Interpretación: El 52% mujeres encuestadas respondieron la escolaridad a nivel primaria, siendo así el 26% de las mujeres a nivel secundaria, igual manera el 16% respondieron a ninguno, y por lo tanto 6% respondieron a nivel preparatoria.

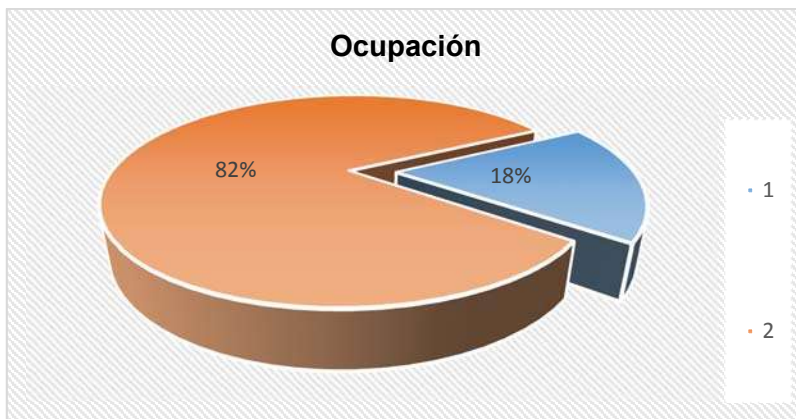
Tabla 6

Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	9	18.0
No trabaja	41	82.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 6



Interpretación: Referente “ocupación” el 18% (9) respondieron que trabajan, siendo así el 82% (41) no trabajan.

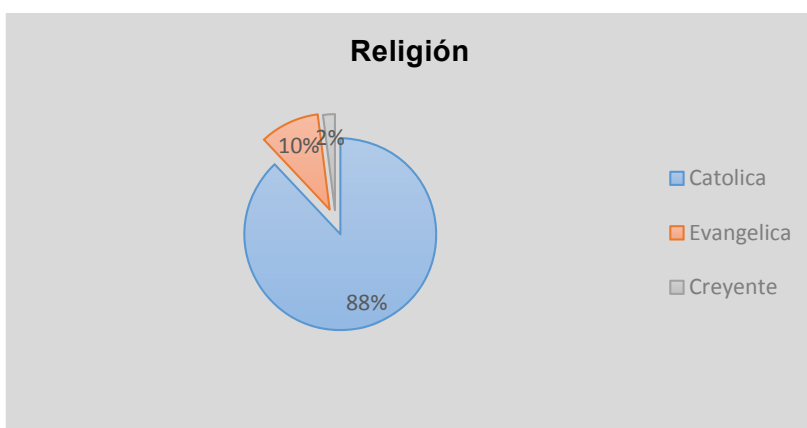
Tabla 7

Religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	44	88.0
Evangélica	5	10.0
Creyente	1	2.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 7



Interpretación: Con respecto a la religión 88% las mujeres respondieron su religión es católica, siendo así el 10% son evangélicos, mientras el 2% son creyentes.

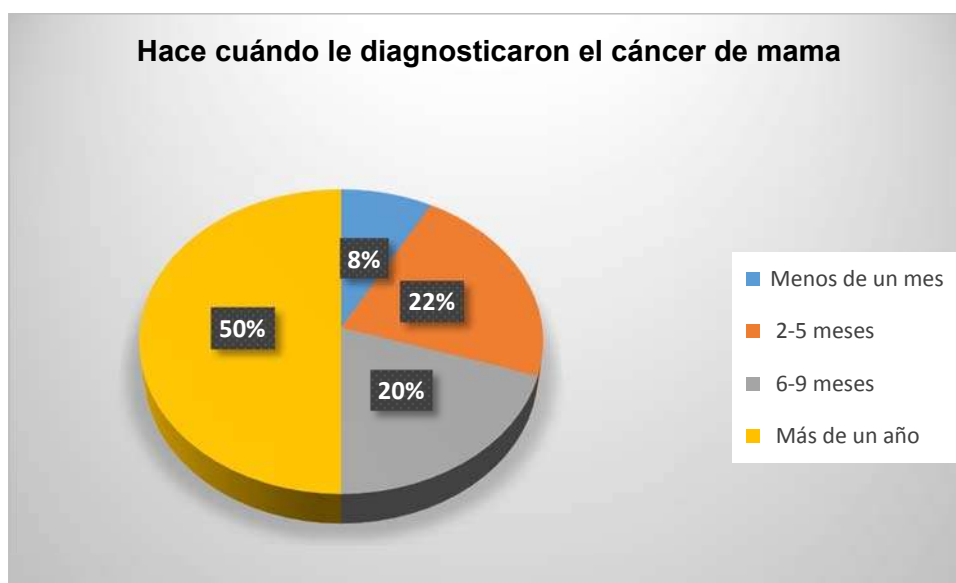
Tabla 8

Hace cuánto le diagnosticaron el cáncer de mama

Cuándo le diagnosticaron el cáncer de mama	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un mes	4	8.0
2-5 meses	11	22.0
6-9 meses	10	20.0
Más de un año	25	50.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 8



Interpretación: Al preguntar su tiempo de diagnóstico un 50% mujeres encuestadas respondieron que hace más de un año le diagnosticaron el cáncer de mama, siendo así el 22% respondieron 2-5 meses, mientras tanto el 20% contestaron 6 – 9 meses, de igual manera el 8% respondieron menos de un mes.

Tabla 9

Padece otro tipo de enfermedad

Padece otro tipo de enfermedad.	Frecuencia	Porcentaje
---------------------------------	------------	------------

Ninguno	34	68.0
Diabetes	9	18.0
Hipertensión arterial	1	2.0
Obesidad	2	4.0
Otras	4	8.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 9



Interpretación: Para conocer si tienen otra patología un 68% las mujeres encuestadas respondieron que no padecen otro tipo de enfermedad, un 18% comentaron que padecen diabetes, de igual manera el 8% respondieron que padecen otras, mientras el 4% respondieron que padecen obesidad, a si el 2% padecen hipertensión arterial.

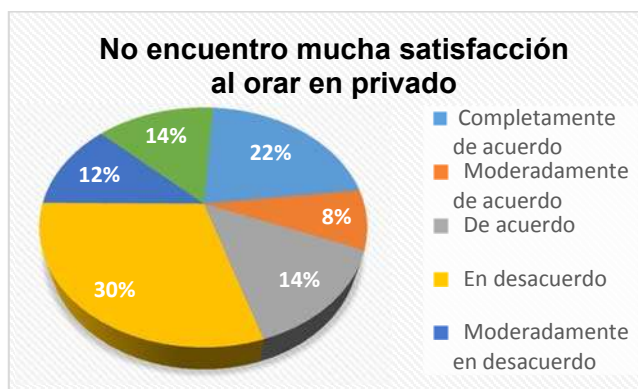
Tabla 10

No encuentro mucha satisfacción al orar en privado

No encuentro mucha satisfacción al orar en privado.	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo	11	22.0
Moderadamente de acuerdo	4	8.0
De acuerdo	7	14.0
En desacuerdo	15	30.0
Moderadamente en desacuerdo	6	12.0
Completamente en desacuerdo	7	14.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 10



Interpretación: En el reactivo “No encuentro mucha satisfacción al orar en privado”, 30% de las mujeres encuestadas respondieron estar en desacuerdo, siendo así el 22% comentaron estar en completamente de acuerdo, mientras el 14% están de acuerdo, de igual manera el 14% respondieron estar completamente en desacuerdo, por lo tanto, el 12% están en desacuerdo, y el 8% comentaron estar moderadamente en desacuerdo.

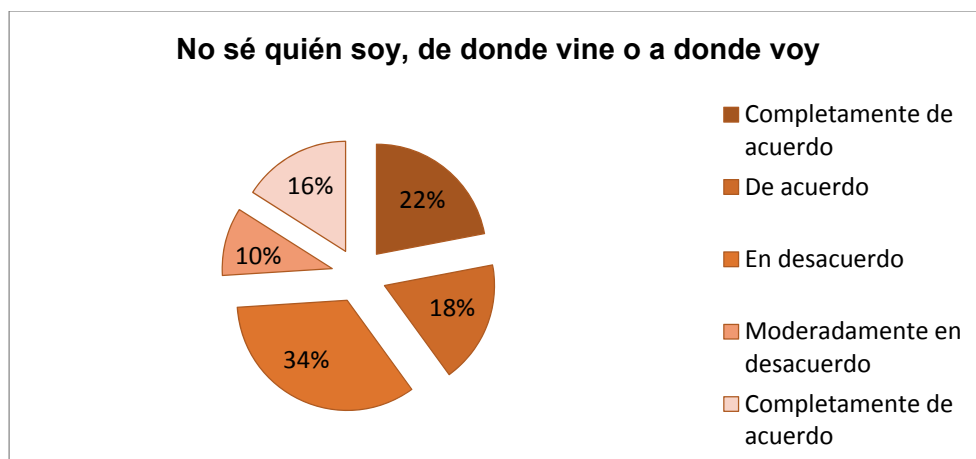
Tabla 11

No sé quién soy, de donde vine o a donde voy

No sé quién soy, de donde vine o a donde voy.	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo	11	22.0
De acuerdo	9	18.0
En desacuerdo	17	34.0
Moderadamente en desacuerdo	5	10.0
Completamente de acuerdo	8	16.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 11



Interpretación: Referente al ítem “No sé quién soy, de donde vine o a donde voy”, un 34% de las mujeres encuestadas respondieron estar en desacuerdo, por lo tanto, el 22% están completamente de acuerdo, siendo así el 18% contestaron estar de acuerdo, de igual manera el 16% están completamente de acuerdo, mientras el 10% respondieron estar de moderadamente en desacuerdo.

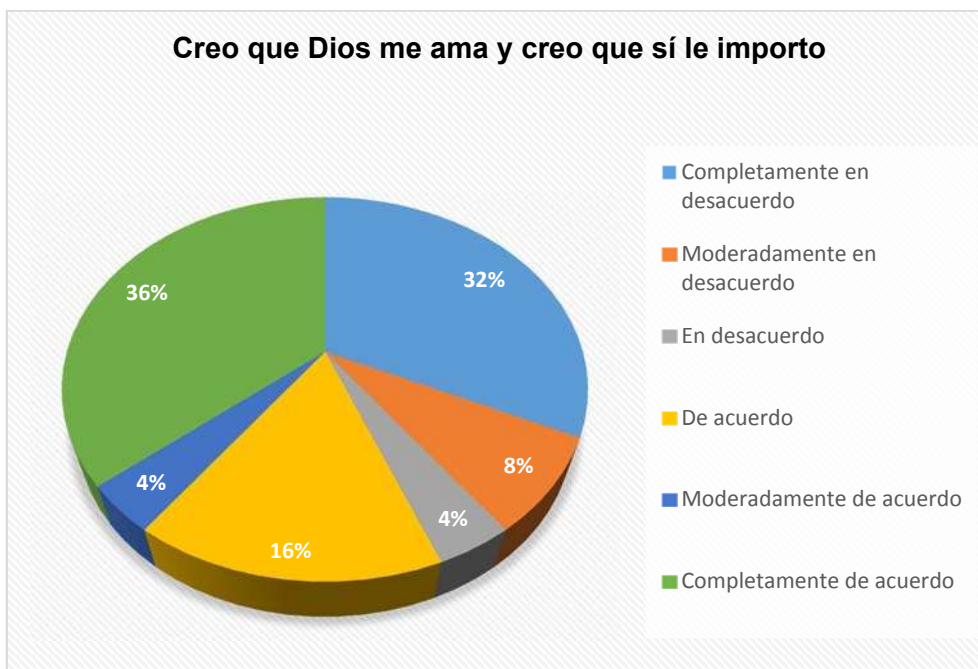
Tabla 12

Creo que Dios me ama y creo que sí le importo

Creo que Dios me ama y creo que si le importo	Frecuencia	Porcentaje
Completamente en desacuerdo	16	32.0
Moderadamente en desacuerdo	4	8.0
En desacuerdo	2	4.0
De acuerdo	8	16.0
Moderadamente de acuerdo	2	4.0
Completamente de acuerdo	18	36.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 12



Interpretación: el ítem “Creo que Dios me ama y si le importo”, un 36% de la mujer encuestada están completamente de acuerdo, mientras el 32% están completamente en desacuerdo, el 16% respondieron estar de acuerdo, de igual manera el 8% están moderadamente en desacuerdo, el 4% en desacuerdo, siendo así el 4% respondieron moderadamente de acuerdo.

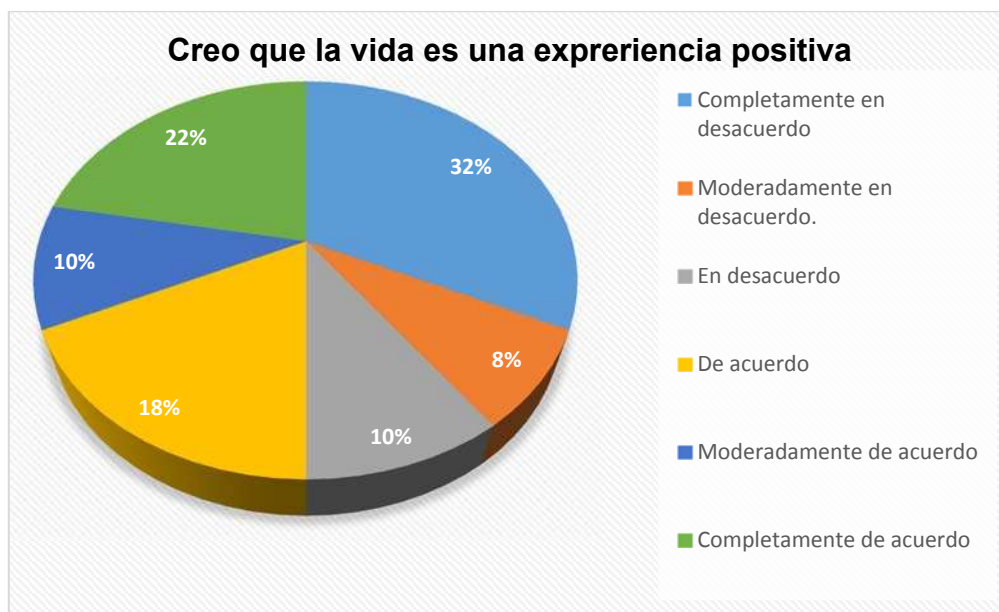
Tabla 13

Creo que la vida es una experiencia positiva

Creo que la vida es una experiencia positiva	Frecuencia	Porcentaje
Completamente en desacuerdo	16	32.0
Moderadamente en desacuerdo.	4	8.0
En desacuerdo	5	10.0
De acuerdo	9	18.0
Moderadamente de acuerdo	5	10.0
Completamente de acuerdo	11	22.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 13



Interpretación: correspondiente a la pregunta "creo que la vida es una experiencia positiva" un 32% respondió estar completamente en desacuerdo, mientras el 22% refieren estar completamente de acuerdo, siendo así el 18% respondieron estar de acuerdo, el 10% de las mujeres contestaron estar en desacuerdo, de igual manera el 10% respondieron moderadamente de acuerdo, y lo último 8% comentaron estar moderadamente desacuerdo.

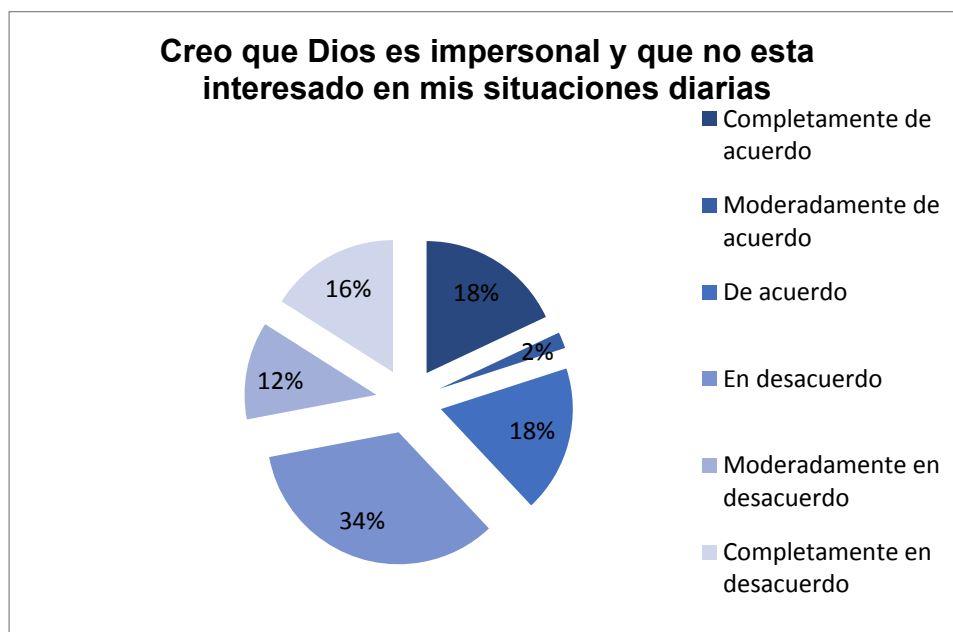
Tabla 14

Creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias

Creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo	9	18.0
Moderadamente de acuerdo	1	2.0
De acuerdo	9	18.0
En desacuerdo	17	34.0
Moderadamente en desacuerdo	6	12.0
Completamente en desacuerdo	8	16.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 14



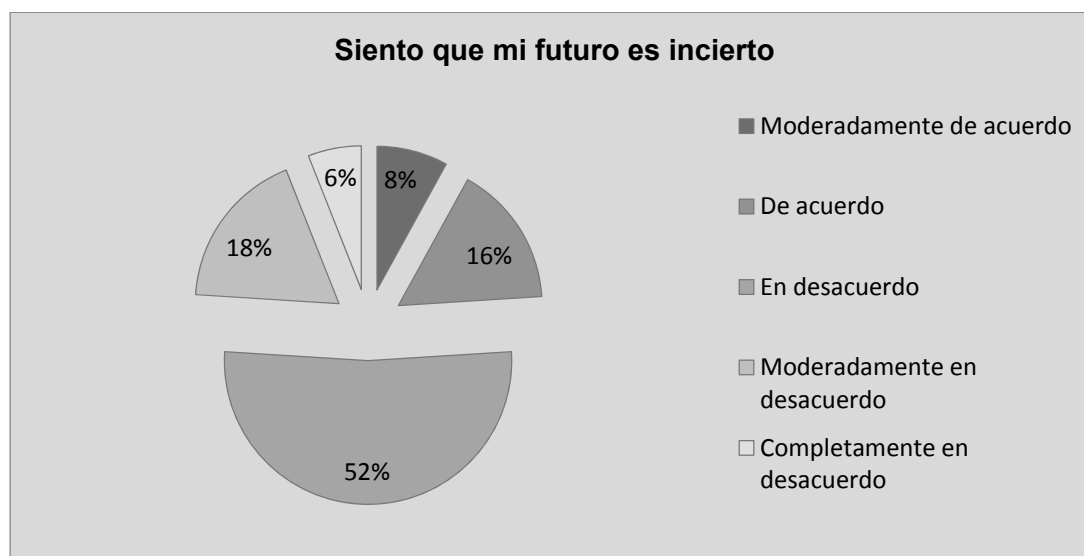
Interpretación: con base a la pregunta “creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias” un 34% de las mujeres encuestadas respondieron estar en desacuerdo, mientras el 18% respondieron estar completamente de acuerdo, de igual manera el 18% están de acuerdo, siendo así el 16% están completamente en desacuerdo, por lo tanto, el 12% si encuentran moderadamente en desacuerdo y el 2% respondieron moderadamente de acuerdo.

Tabla 15
Siento que mi futuro es incierto

Siento que mi futuro es incierto.	Frecuencia	Porcentaje
Moderadamente de acuerdo.	4	8.0
De acuerdo	8	16.0
En desacuerdo	26	52.0
Moderadamente en desacuerdo	9	18.0
Completamente en desacuerdo.	3	6.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 15



Interpretación: perteneciente el ítem "siento que mi futuro es incierto" un 52% de las mujeres respondieron que están en desacuerdo, mientras el 18% están moderadamente en desacuerdo, siendo así el 16% están de acuerdo, de igual manera el 8% respondieron estar moderadamente de acuerdo, y solo el 6% respondieron completamente en desacuerdo.

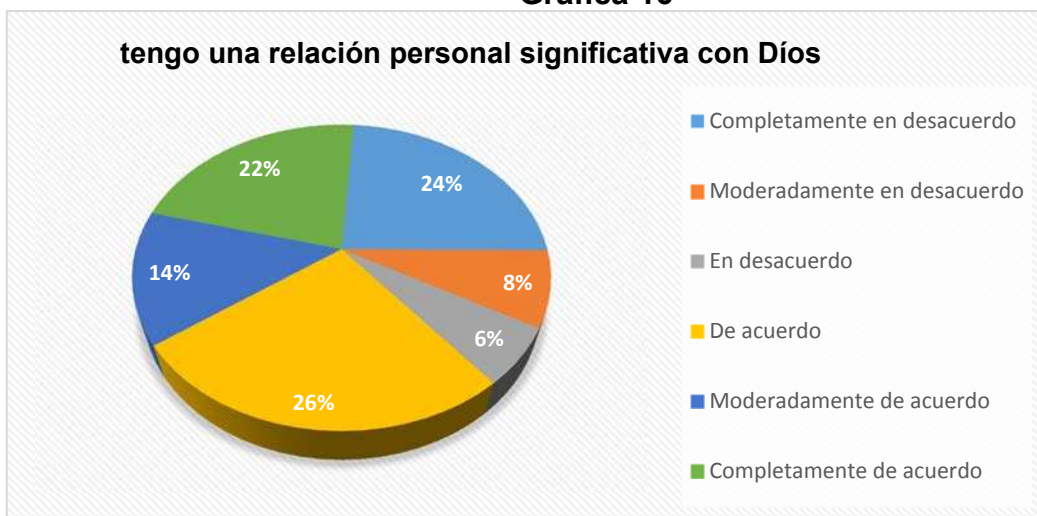
Tabla 16

Tengo una relación personal significativa con Dios

Tengo una relación personal significativa con Dios.	Frecuencia	Porcentaje
Completamente en desacuerdo	12	24.0
Moderadamente en desacuerdo	4	8.0
En desacuerdo	3	6.0
De acuerdo	13	26.0
Moderadamente de acuerdo	7	14.0
Completamente de acuerdo	11	22.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 16



Interpretación: referente el ítem “tengo una relación personal significativa con dios” un 26% respondió estar de acuerdo, mientras el 24% comentan estar completamente en desacuerdo, siendo así el 22% se refieren estar en completamente de acuerdo, de igual manera el 14% están moderadamente de acuerdo, el 8% respondieron estar moderadamente en desacuerdo y solo el 6% en desacuerdo.

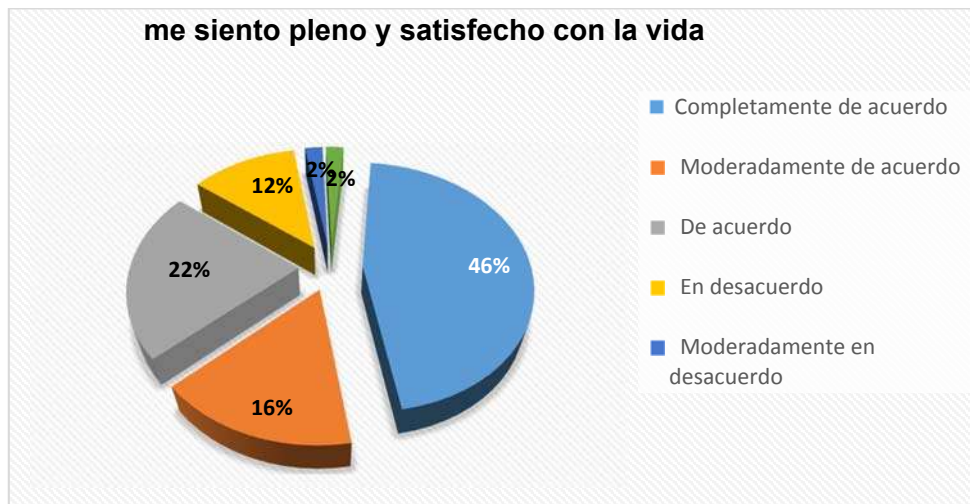
Tabla 17

Me siento pleno y satisfecho con la vida

Me siento pleno y satisfecho con la vida	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo	23	46.0
Moderadamente de acuerdo	8	16.0
De acuerdo	11	22.0
En desacuerdo	6	12.0
Moderadamente en desacuerdo	1	2.0
Completamente en desacuerdo	1	2.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 17



Interpretación: el ítem, me siento pleno y satisfecho con la vida, 46% respondieron estar completamente de acuerdo, así el 22% están de acuerdo, siendo así el 16% moderadamente de acuerdo, mientras el 12% en desacuerdo, de igual manera el 2 % moderadamente en desacuerdo, y solo el 2% completamente en desacuerdo.

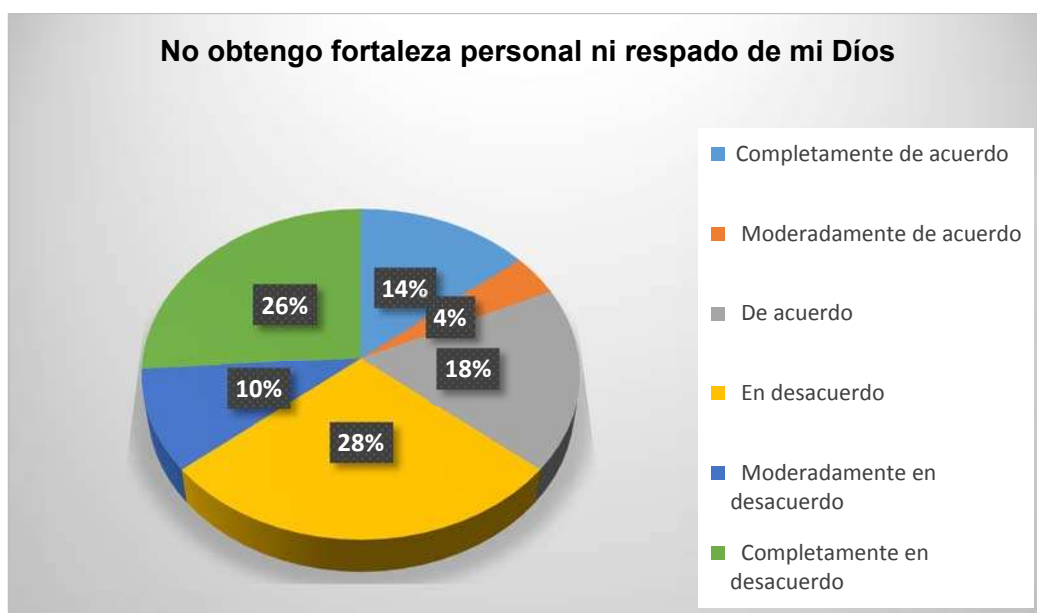
Tabla 18

No obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios

No obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo	7	14.0
Moderadamente de acuerdo	2	4.0
De acuerdo	9	18.0
En desacuerdo	14	28.0
Moderadamente en desacuerdo	5	10.0
Completamente en desacuerdo	13	26.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 18



Interpretación: de acuerdo el ítem “no obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi dios” un 28% respondió estar en desacuerdo, mientras el 26% están completamente en desacuerdo, siendo así el 18% de acuerdo, el

14% respondieron completamente de acuerdo, así el 10% moderadamente en desacuerdo, y solo el 4% moderadamente de acuerdo.

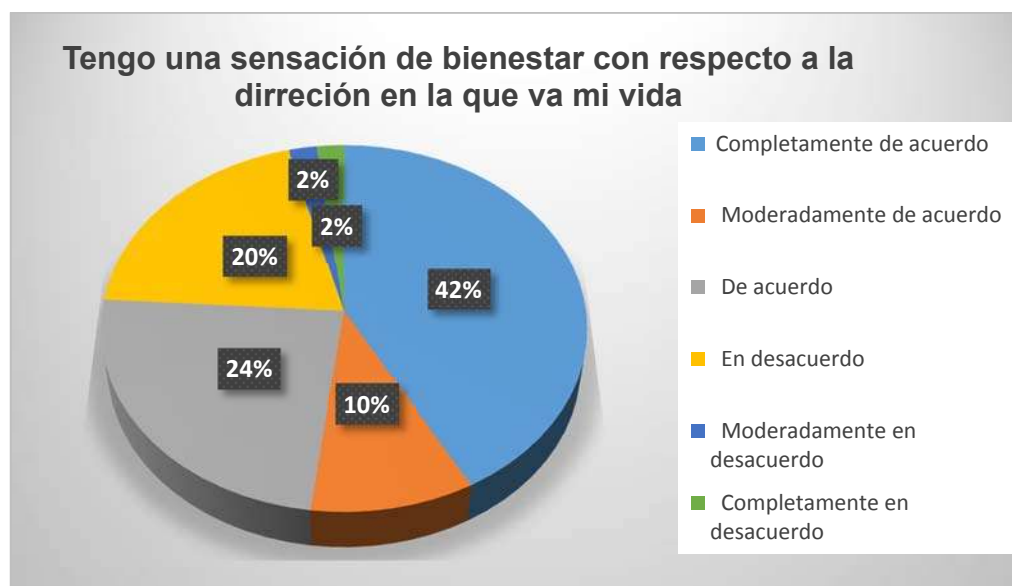
Tabla 19

Tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va mi vida

Tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va mi vida	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo	21	42.0
Moderadamente de acuerdo	5	10.0
De acuerdo	12	24.0
En desacuerdo	10	20.0
Moderadamente en desacuerdo	1	2.0
Completamente en desacuerdo	1	2.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 19



Interpretación: respecto al ítem “tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va su vida ya que el 42% respondió estar completamente de acuerdo, mientras el 24% respondió están de acuerdo, por lo tanto, el 20% en

desacuerdo, así el 10% esta moderadamente de acuerdo, de igual manera el 2% moderadamente en desacuerdo, y solo el 2% completamente en desacuerdo.

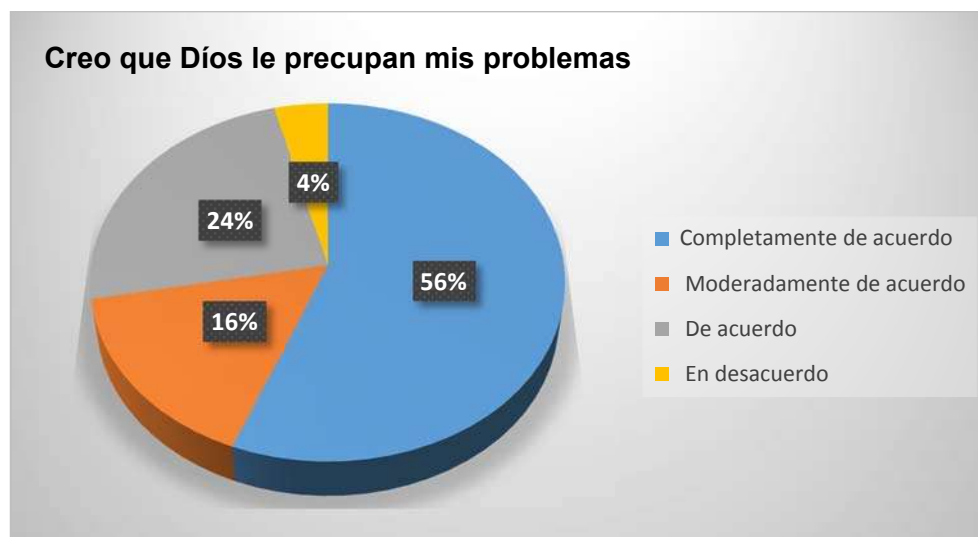
Tabla 20

Creo que Díos le preocupan mis problemas

Creo que dios le preocupan mis problemas.	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo	28	56.0
Moderadamente de acuerdo	8	16.0
De acuerdo	12	24.0
En desacuerdo	2	4.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 20



Interpretación: referente al ítem “creo que Dios le preocupan mis problemas” un 56% las mujeres encuestadas respondieron que creen que a Dios le preocupan sus problemas ya que están completamente de acuerdo, mientras el 24% respondieron de acuerdo, siendo así el 16% están moderadamente de acuerdo, y solo el 4% en desacuerdo.

Tabla 21

No disfruto casi nada de la vida

No disfruto casi nada de la vida	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo	8	16.0
Moderadamente de acuerdo	1	2.0
De acuerdo	5	10.0
En desacuerdo	18	36.0
Moderadamente en desacuerdo	8	16.0
Completamente en desacuerdo	10	20.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 21



Interpretación: de acuerdo al ítem “no disfruto casi nada de la vida” un 36% de las mujeres encuestadas respondieron en desacuerdo, mientras el 20% completamente en desacuerdo, siendo así el 16% respondieron moderadamente en desacuerdo, de igual manera el 16%completamente de acuerdo, y el 10% de acuerdo y solo el 2% moderadamente de acuerdo.

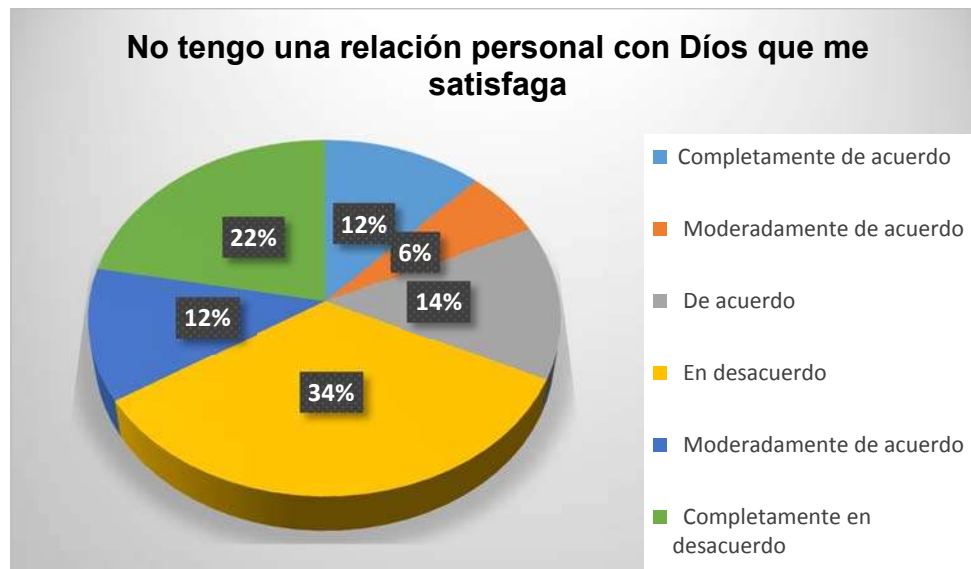
Tabla 22

No tengo una relación personal con Dios que me satisfaga

No tengo una relación personal con Dios que me satisfaga	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo	6	12.0
Moderadamente de acuerdo	3	6.0
De acuerdo	7	14.0
En desacuerdo	17	34.0
Moderadamente de desacuerdo	6	12.0
Completamente en desacuerdo	11	22.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 22



Interpretación: De acuerdo al ítem “no tengo una relación personal con Dios que me satisfaga” un 34% de las mujeres respondieron la pregunta no tengo una relación personal con Dios que me satisfaga están en desacuerdo, mientras el

Tabla 23

Me siento bien con respecto a mi futuro.

Me siento bien con respecto a mi futuro	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo.	16	32.0
Moderadamente de acuerdo.	9	18.0
De acuerdo.	15	30.0
En desacuerdo.	7	14.0
Moderadamente en desacuerdo.	1	2.0
Completamente en desacuerdo.	2	4.0
Total	50	100.0

22% completamente en desacuerdo, siendo así el 14% respondieron de acuerdo, así el

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Gráfica 23



Interpretación: el ítem “sentirse bien con respecto a su futuro “un 32% respondió estar completamente de acuerdo, mientras el 30% respondieron estar de acuerdo, siendo así el 18% están moderadamente de acuerdo, por lo tanto, el 14% en desacuerdo, el 4% completamente en desacuerdo y solo el 2% moderadamente en desacuerdo.

Tabla 24

Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo

Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo.	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo.	28	56.0
Moderadamente de acuerdo.	8	16.0
De acuerdo.	11	22.0
En desacuerdo	3	6.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán.

Gráfica 24



Interpretación: de acuerdo al ítem “mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo” un 56% de las mujeres encuestadas respondieron estar completamente de acuerdo a, mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo, mientras el 22% están de acuerdo, siendo así el 16% respondieron moderadamente de acuerdo y solo el 6% en desacuerdo.

Tabla 25

Siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad.

Siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo.	5	10.0
Moderadamente de acuerdo.	3	6.0
De acuerdo.	12	24.0
En desacuerdo.	18	36.0
Moderadamente en desacuerdo.	5	10.0
Completamente en desacuerdo.	7	14.0
Total	50	100.0

Fuente:
instrumento

nto para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológico de Morelia Michoacán.

Grafica 25



Interpretación: Respecto al ítem “siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad” un 36% respondieron estar en desacuerdo, mientras el 24% respondieron estar de acuerdo, siendo así el 14% contestaron estar completamente en desacuerdo,

mientras el 10% están completamente de acuerdo, igual manera el 10% respondieron estar moderadamente en desacuerdo y solo el 6% moderadamente de acuerdo.

Tabla 26

Me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios.

Me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios.	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo.	26	52.0
Moderadamente de acuerdo.	10	20.0
De acuerdo.	11	22.0
En desacuerdo	3	6.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 26



Interpretación: el ítem "me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios" un 52% respondió estar completamente de acuerdo, mientras tanto el 22% está de acuerdo, siendo así el 20% contestaron estar moderadamente de acuerdo, de igual manera el 6% en desacuerdo.

Tabla 27

La vida no tiene mucho significado.

La vida no tiene mucho significado.		Frecuencia	Porcentaje
	Completamente de acuerdo.	5	10.0
	De acuerdo.	4	8.0
	En desacuerdo.	20	40.0
	Moderadamente en desacuerdo.	11	22.0
	Completamente en desacuerdo.	10	20.0
Total		50	100.0

Fuente:

instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 27



Interpretación: el ítem “la vida no tiene mucho significado” un 40% respondió estar en desacuerdo, mientras tanto el 22% respondieron estar moderadamente en desacuerdo, siendo así el 20% completamente en desacuerdo, así el 10% completamente de acuerdo, de igual manera el 8% de acuerdo.

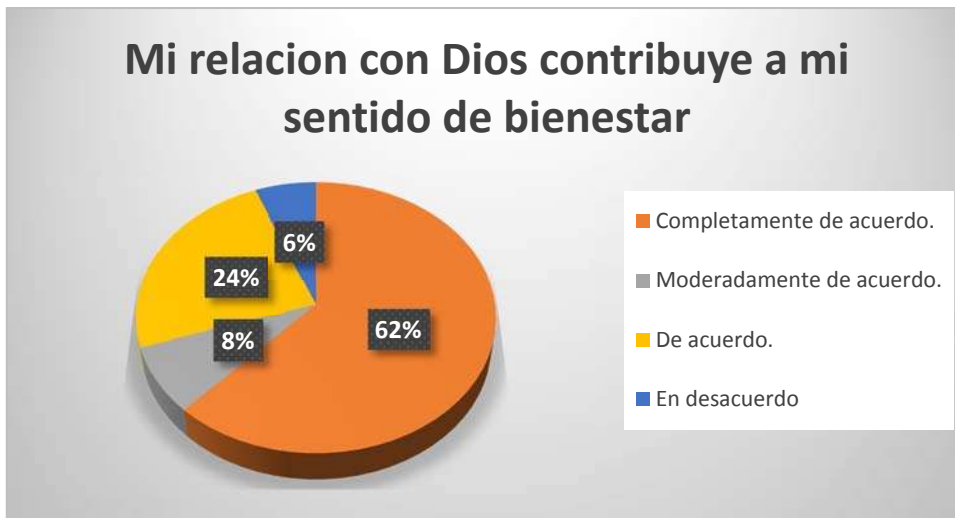
Tabla 28

Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar.

Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar.		
	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo.	31	62.0
Moderadamente de acuerdo.	4	8.0
De acuerdo.	12	24.0
En desacuerdo	3	6.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Grafica 28



Interpretación: referente al ítem "mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar" un 62% de las mujeres encuestadas respondieron que su la relación con Dios contribuye a su sentido de bienestar ya que respondió estar completamente de acuerdo, mientras el 24% respondió estar de acuerdo, siendo así el 8% respondió moderadamente de acuerdo y el 6% están en desacuerdo.

Tabla 29

Creo que hay propósito verdadero para mi existencia.

Creo que hay propósito verdadero para mi existencia.	Frecuencia	Porcentaje
Completamente de acuerdo	33	66.0
Moderadamente de acuerdo.	5	10.0
De acuerdo.	10	20.0
En desacuerdo	1	2.0
Completamente en desacuerdo.	1	2.0
Total	50	100.0

Fuente:

instrumento para medir el sufrimiento y bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama y postmastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán.

Gráfica 29



Interpretación: el ítem “creo que hay un propósito verdadero para mi existencia” un 66% respondió estar completamente de acuerdo, mientras así el 20% respondió estar de acuerdo, así el 10% contestó moderadamente de acuerdo, el 2% decidió estar en desacuerdo, de igual manera el 2% completamente en desacuerdo.

