



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/356o.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Adaptación y afrontamiento en personas mastectomizada por cáncer de mama posterior al cuidado domiciliario**
Autores Mónica Gallegos Alvarado^{1,2}
Centro/institución (1) Universidad Juárez del Estado de Durango. (2) Centro Estatal de Cancerología de Durango
Ciudad/país Durango, México
Dirección e-mail monikg91@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El empleo de la mastectomía como tratamiento quirúrgico para cáncer de mama, genera situaciones de incertidumbre extrema y desequilibrio psicosocial en la mujer, alterando su estilo de vida.

Objetivo: Evaluar adaptación - afrontamiento de la persona mastectomizada tras la introducción de un programa de cuidado domiciliario.

Método: Ensayo clínico controlado, en 30 personas mastectomizadas, del estado de Durango-México, conformando un grupo control y un grupo intervención de 20 y 10 personas respectivamente.

Instrumento: "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" (ALFA .7969).

Resultados: En el grupo de intervención 90% presenta un nivel de adaptación compensado antes de la intervención, posterior a la intervención el 50% cuenta con una adaptación integrada mientras que en el grupo control únicamente 15% presenta nivel de adaptación integrado.

Conclusiones: Un programa de cuidado en mujeres mastectomizadas incide positivamente en adaptación y afrontamiento permitiendo la incorporación al contexto laboral, familiar, emocional coincidiendo con otros estudios.

Palabras clave: Adaptación / Afrontamiento/ Cuidado domiciliario/ Mastectomía.

ABSTRACT

Introduction: The use of mastectomy as a surgical treatment for breast cancer generates extreme uncertainty and psychosocial instability, altering the life style of the woman.

Objective: To evaluate adaptation - coping of the person with mastectomy following the introduction of a home care program.

Method: Controlled clinical trial in 30 people with mastectomy from the state of Durango- Mexico, forming a control group and an intervention group of 20 and 10 people respectively. *Instrument:* "Scale measuring coping and adaptation process" (ALFA. 7969).

Results: In the intervention group 90% presents a compensated level of adaptation before the intervention, after the intervention, 50% have integrated adaptation while in the control group only 15% have an integrated adaptation level.

Conclusions: A care program on women with mastectomy positively affects adaptation and coping allowing the incorporation in the context of work, family and emotionally coinciding with other studies.

Key-words: Adaptation and coping/ Home care/ Mastectomy.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El cáncer de mama, es ya 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 y en América latina ocupa los dos primeros lugares por tipo de cáncer en la mujer, su prevalencia ocupa el primer lugar en México.¹⁻⁶

En la unidad oncológica del estado de Durango, de los 483 procedimientos quirúrgicos realizados en el 2009, 60 fueron mastectomía, representando un 16% de todos los procedimientos quirúrgicos realizados, registrándose un aumento significativo a diferencia del año anterior en el que se reportaron 57 mastectomías en todo el estado, lo que significa que aproximadamente de 1 a 2 pacientes con cáncer de mama son sometidas a mastectomía semanalmente, debiendo afrontar la noticia de portar una enfermedad estigmatizante y la toma de decisiones para someterse a las diferentes modalidades de tratamiento, entre las que encontramos la cirugía con la propuesta de la extirpación de su seno o ambos senos en donde se encuentra el problema (mastectomía) por ser lo más indicado.^{7,8}

El seno es un órgano externo que tiene la función de amamantamiento, imagen de femineidad y base del erotismo, una mastectomía distorsiona la imagen que la mujer tiene de sí misma, haciéndola sentir mutilada, deforme e incompleta, teniendo que afrontar y adaptarse a una importante agresión física, estética y psicológica, que puede dejarle graves secuelas físicas y, a su vez la sombra amenazante de padecer cáncer, sintiendo que se van a destruir ilusiones, esperanzas y futuro.⁷⁻¹¹

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, generan situaciones de incertidumbre extrema y desequilibrio psicosocial en la mujer, representando para quienes lo padecen, un sufrimiento materializado de diferentes formas, alterando el estilo de vida, principalmente en la movilidad física, con el constante riesgo de su deterioro si no lleva una rehabilitación física adecuada, así como la reducción de la autoestima y alteración en la identidad femenina, con repercusiones en la convivencia conyugal por sentirse menos mujer y no más deseada sexualmente.¹²⁻¹⁶

Afectando de manera evidente en la adaptación en sus diferentes factores o modos adaptativos: El Modo Fisiológico, en el que intervienen procesos físicos-fisiológicos (temperatura corporal, sueño, alimentación, metabolismo basal etc.) el Modo de Autoimagen o autoconcepto, que es el yo como ser humano en respuesta a los cambios del entorno, el Dominio del rol, es decir cada persona cumple con un papel distinto en la sociedad según su situación y, el modo de independencia, que se trata de la interacción con las personas de su entorno ejerciendo y recibiendo influencias.¹⁷⁻¹⁸

De esto nos habla el Modelo de adaptación de Roy (MAR) que sirvió como base en el presente estudio, retomando también que las personas realizan modificaciones para adaptarse a situaciones nuevas, buscando continuamente estímulos en su entorno y, como paso último se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación, esta reacción de adaptación puede ser eficaz, o no, es decir, si la persona se adaptó de manera integrada al entorno y a sus estímulos, modificando sus modos de funcionamiento e integrando las

estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo para satisfacer las necesidades humanas.¹⁷⁻¹⁸

Se hace evidente la necesidad de relacionar el tratamiento quirúrgico de mastectomía, con la adaptación y el afrontamiento, buscando realizar actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las personas mastectomizadas, como parte importante de esos estímulos del entorno a los que recurren las personas para realizar modificaciones que apoyan la adaptación a situaciones nuevas, llevando a cabo un programa de cuidado de enfermería domiciliario con apoyo del equipo multidisciplinario de salud.

Una alternativa factible por costo-beneficio es el cuidado domiciliario, haciendo eco a los nuevos paradigmas que influyen las políticas y la práctica del sector salud en las últimas décadas, en las cuales la salud y la enfermedad configuran procesos comprendidos como un continuum, relacionando los aspectos económicos, socio-culturales, estilos de vida y experiencia personal con la mejora de la calidad de vida.¹¹ Así lo demuestran los lineamientos contenidos en el anteproyecto de la Norma oficial Mexicana 041 de la Secretaría de Salud (PROY-NOM-041-SSA2-2009). En la que se establece por primera vez, la atención psicosocial a las pacientes con cáncer de mama, y los criterios para cuidados paliativos y rehabilitación para posibles secuelas, como es el linfedema.¹⁹

El cuidado de enfermería con las personas mastectomizadas es de suma importancia ya que la enfermera debe valorar la conducta de la persona, los factores influyentes, Identificar los problemas, fijar objetivos de enfermería, apoyando indirectamente en la incidencia de Internamientos continuos por complicaciones, y abandono de tratamientos, todo esto mediante las acciones de información oportuna y adecuada que favorecen la disminución del temor y ansiedad, la movilización precoz, para evitar la formación de un seroma después del drenaje, el manejo adecuado de la herida para evitar que no cierre o se infecte, evitar la movilización tardía asociada a dificultades en el movimiento de brazo y hombro además de la prevención de otras complicaciones como el linfedema en el brazo afectado por el vaciamiento de los ganglios, lo que repercute en la integridad fisiológica, psicológica y social de la paciente.¹⁶

En este sentido la prevención de complicaciones va más allá del ámbito hospitalario pues la estancia en el hospital es corta y en muchas ocasiones solo se centra en actividades rutinarias que evidencian la no sistematización del enfoque integral del cuidado, porque el cuidado es un acto de asistencia, apoyo o facilitación hacia el otro individuo o grupos con necesidades evidentes o anticipadas. La acción de cuidar se refiere al conjunto de acciones, procesos y decisiones directas o indirectas, sustentadas y expertas, relacionadas con la asistencia a las personas de tal manera que reflejen un comportamiento de apoyo, protector, de auxilio, educativo y otros, según las necesidades, problemas, valores y metas del individuo al que se asiste, o mejor aún, el cuidar de la enfermera se debe tornar en una actitud de ocupación, preocupación, de responsabilidad y de compromiso afectivo con el otro y la razón instrumental, abre un nuevo espacio para la razón sensible y cordial, el espíritu de delicadeza y el sentido profundo, es decir usar en forma armónica la razón y el corazón o el conocimiento con el afecto.^{17, 20}

Por lo que se llevó a cabo el presente estudio de investigación con el objetivo de; Evaluar la adaptación y afrontamiento en personas con mastectomías por cáncer de mama atendidas en un programa de cuidados de enfermería domiciliario.

Metodología

Se tomó en cuenta lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, habiendo cumplido con lo dispuesto para realizar investigación en humanos y comunidades.²¹

Se realizó un Ensayo Clínico Controlado (ECC) en el cual la población de estudio fueron personas con cáncer de mama programadas a intervención quirúrgica de mastectomía, atendidas en el Centro Estatal de Cancerología (CECAN), de la Secretaría de Salud de Durango-México, entre Enero del 2010 a Diciembre de 2012.

Los criterios de inclusión fueron; ser usuarias de los servicios del CECAN, Edad de 18 a más años, domicilio dentro del estado y con servicio de transporte terrestre, diagnóstico positivo de cáncer de mama, programada para tratamiento quirúrgico de mastectomía con un riesgo anestésico menor (ASA I, II). Criterios de exclusión: alteraciones en el nivel de conciencia, enfermedad mental, limitaciones para verbalizar, tener compromiso severo en su estado de salud.

Se calculó una muestra de 30 personas, 10 para el grupo intervención es decir, recibieron cuidado domiciliario con intervenciones asignadas en el plan de cuidados estandarizado, 20 para el grupo control quienes recibieron las intervenciones propias del servicio, se calculó el tamaño de la muestra para intervalo de confianza de 95% en una proporción de 0.05 y un margen de error de 0.06 tomando como punto de partida un universo de 57 personas mastectomizadas registradas en el Estado en el año del 2008.

Las personas se asignaron a cada grupo inmediatamente después de ser programadas a cirugía, iniciando la intervención en el grupo correspondiente, en ambos grupos se da seguimiento por un año y después de este tiempo realiza la evaluación final, como nota importante se informa que la encargada de asignar a los participantes y de realizar las evaluaciones finales era ajena al estudio.

El grupo de intervención recibió de 6 a 8 visitas domiciliarias individualizadas o en familia según los requerimientos, se integraron intervenciones descritas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)²² para los diagnósticos de enfermería "Ansiedad y temor, Conocimientos deficientes en relación a su tratamiento, afrontamiento ineficaz, riesgo de lesión, disposición para aumentar el bienestar espiritual, riesgo de infección, dolor, interrupción de la integridad de la piel, movilidad restringida, alteración de la imagen corporal y baja autoestima situacional, entre otros.²³

Para realizar las intervenciones se dispuso de un ambiente aislado de ruido, permitiendo la comunicación libre de distracciones. La primera visita se realizó antes de su intervención quirúrgica, después del ingreso del paciente al estudio por medio del consentimiento informado, durante una o dos horas, se aplicaron las intervenciones; partiendo de los conocimientos y sentimientos de la persona frente a su diagnóstico, enfermedad e intervención quirúrgica, así como los cuidados a realizar antes, durante y posterior a la misma, se entregó un folleto, un libro y un formato de programa de

ejercicios con indicaciones para el manejo de los efectos secundarios del tratamiento, la enfermedad y la indicación de cambios necesarios en el estilo de vida.

En la segunda sesión, dos días después de su cirugía, se inicia con técnica de relajación y se da continuación a cuidados asistenciales como enseñanza de manejo de drenajes, características, signos y cuidados en el riesgo de infección, dolor y programa de ejercicios físicos como parte de su rehabilitación, (haciendo evaluación de los ejercicios) se dan alternativas para mejorar la alteración de la imagen corporal y baja autoestima situacional con el uso de prótesis externa. De ser necesario, se solicita el apoyo del equipo multidisciplinario. En visitas continuas se da seguimiento a los problemas presentados. Se utilizó un instrumento elaborado con base en NANDA, NIC y NOC, que tiene validez facial, de contenido, buena consistencia interna (alpha de Cronbach de .8903).²²⁻²⁴ como apoyo en el plan de cuidados y resultados esperados.

Las variable de salida en el plan de cuidados domiciliario fue el puntaje promedio final de cada paciente en las etiquetas de Resultados Esperados de enfermería (NOC)²⁴ “Autocontrol del temor y ansiedad, conocimiento del régimen y procedimiento terapéutico, Estrategias efectivas de afrontamiento, refuerzo espiritual, procesos adecuados de movilidad, control de riesgos, potenciar el autoestima, potenciar imagen corporal, compensación adecuada en cambios corporales, y movimientos compensatorios” cada una, compuesta por indicadores de evaluación medidos en escala tipo Likert con una puntuación de 1 a 5, donde el valor 1 y 2 de la escala corresponde a gravemente y sustancialmente comprometido manifestado una adaptación comprometida, (difícil, delicada, con algún riesgo) 3 y 4 respectivamente corresponde a moderadamente y levemente comprometido, es decir una adaptación compensada (neutralizar el efecto de una cosa con otra) y el valor de 5 de la escala corresponde a no comprometido es decir una adaptación integrada (Incorporar a una persona a un todo y hacer que se adapte a él).

El grupo control recibió las actividades rutinarias de la institución que consisten en información dada por la trabajadora social respecto a trámites administrativos, consulta psicológica según prescripción médica y la información ofrecida por el médico tratante y el personal de enfermería.

Para la evaluación final de la variable estudiada: adaptación y afrontamiento, se utilizó el Instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación”, validado en población mexicana, (ALFA.7969). El instrumento está conformado con 47 ítems agrupado en cinco factores y un formato Likert con cuatro criterios nunca, casi nunca, casi siempre, siempre; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. Con relación a los cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación.²⁵

Resultados y Discusión

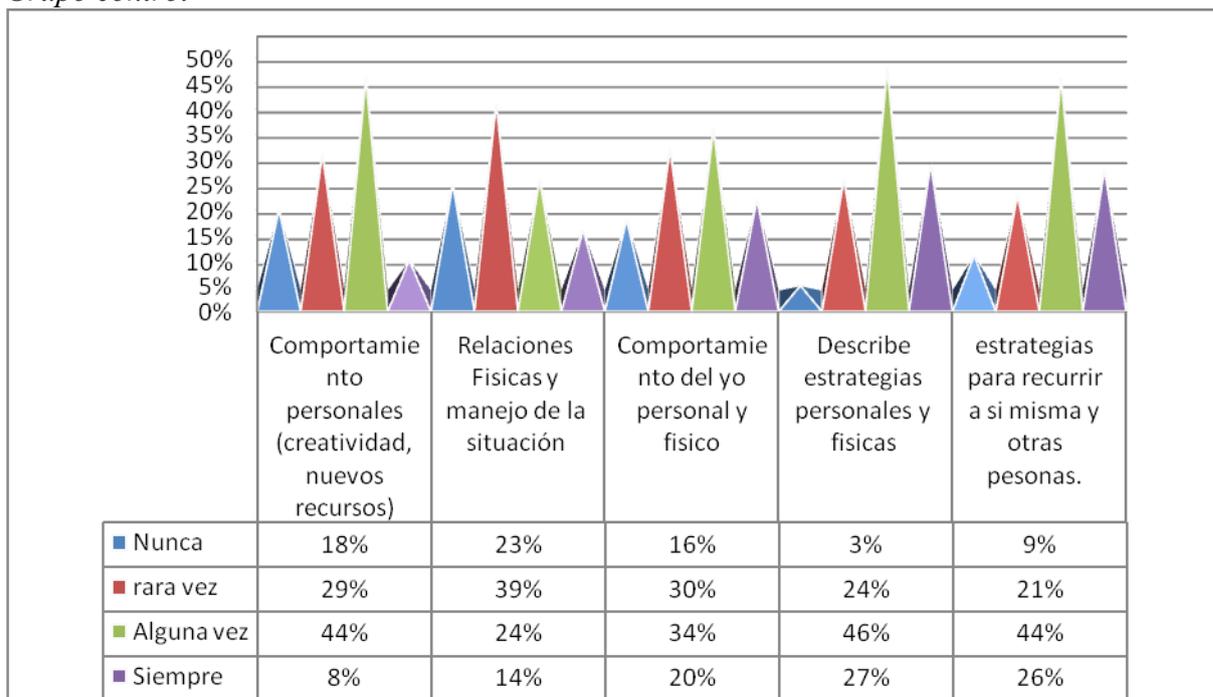
Las características socio demográficas de las participantes representan una mayoría de mujeres en edades de 51 a 61 años, seguidos por edades aun mas jóvenes de 40 a 50 años, resaltando también que encontramos mujeres mastectomizadas en edades de 29 a 39 años, situación alarmante en los diferentes grupos de edad pero aun, es más

alarmante que se presenta la enfermedad en edades relativamente jóvenes por lo que es importante estar pendientes de realizar exámenes profilácticos, sobre todo porque la detección oportuna brinda la oportunidad de conservar la mama, pronostico más favorable y mejor y mayor calidad de vida, nuestros resultados coinciden con los obtenidos en un estudio realizado en Cuba refiriendo que el cáncer de mama es más frecuente a partir de los 48 años 26. Así mismo, en un estudio realizado que versa sobre características de afrontamiento en mujeres mastectomizadas, con respecto a las edades, se comenta que la mayoría ocupa las edades comprendidas entre 61- 70 años, pero con inclinación a menores edades coincidiendo también en el estado civil, religión, ocupación y escolaridad destacando que cuentan en su mayoría solo con primaria, y quienes más les apoyan son sus hijos y esposo. [Tabla 1].

Tabla 1.- Características de las participantes.		
Variables.	Grupo intervención n: 10 %	Grupo control n:22 %
Edad (Años)		
29-39	2 20	0
40-50	3 30	5 25
51-61	5 50	7 35
62 - 72		5 25
73 a mas		3 15
Estado Civil		
Casada	5 50	12 60
Soltera	3 30	3 15
Divorciada	1 10	2 10
Viuda	1 10	3 15
Religión		
Católica	8 80	16 80
Cristiana	1 10	1 5
Otras		2 10
Ninguna		1 5
Ocupación		
Ama de Casa	6 60	17 85
Empleada	2 20	
Comerciante	1 10	3 15
Escolaridad.		
Primaria	5 50	5 25
Secundaria	3 30	6 30
Profesional.	2 20	2 10
Ninguna		7 35
Personas apoyan.		
Esposo	1 10	2 10
Hijos	4 40	7 35
Esposo e hijos	1 10	8 40
Atrás personas.	4 40	3 15

En relación a los factores como recursos de afrontamiento y las estrategias empleadas para sobre llevar la situación de salud, podemos destacar que en el grupo control prevalecen las respuestas que compensan la crisis o situaciones difíciles, encontrando mayor proporción en las respuestas de, rara vez o algunas veces, en lo referente a comportamientos personales, relaciones físicas y manejo de la situación al parecer para las personas ha sido más difícil de manejar, respondiendo que nunca o rara vez lo han hecho, controlando un poco más el comportamiento del yo personal y del yo físico pero no llega a ser completamente integrado, En las estrategias de adaptación efectivas, al momento de describir las estrategias personales y físicas así como recurrir a sí misma y a otras personas en su mayoría solo algunas veces lo realizan. [Gráfico 1]

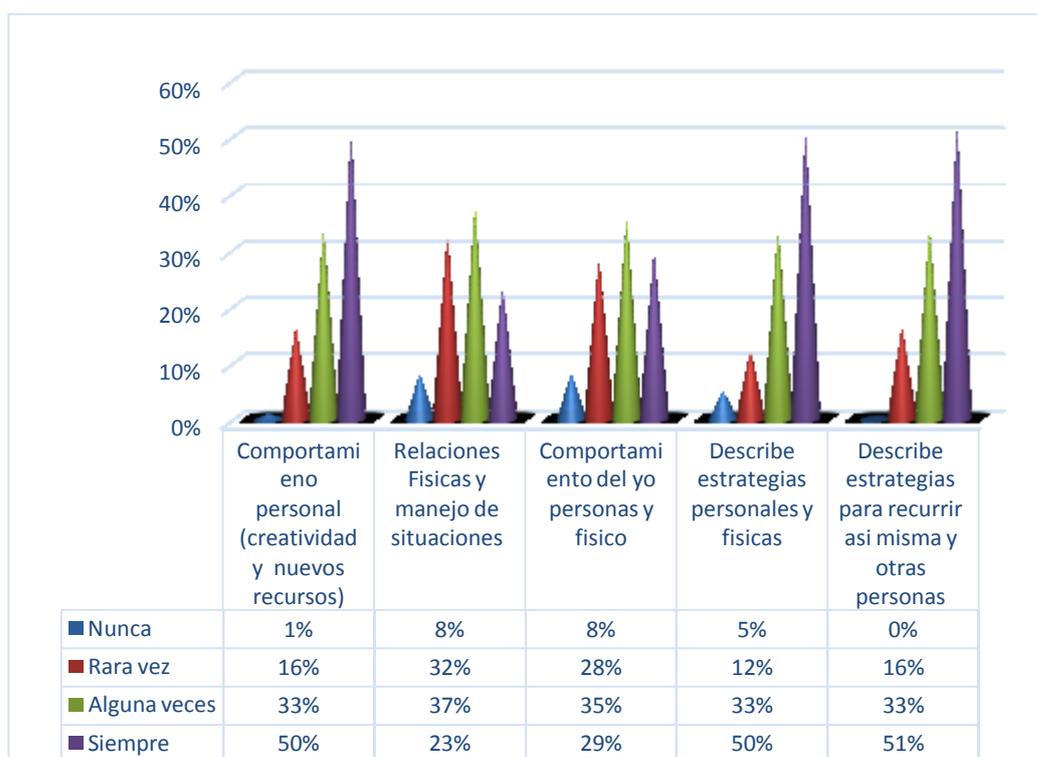
Gráfico 1. Factores de adaptación y afrontamiento de las mujeres mastectomizadas, Grupo control



En el grupo de intervención se obtuvieron cambios positivos en los factores de adaptación, se destaca que la mayoría de las participantes integraron a su vida los comportamientos y estrategias que apoyan la adaptación y afrontamiento, pues sus respuestas son mayores al 50% en: adoptar siempre comportamientos personales de creatividad, búsqueda de nuevos recursos, estrategias personales y otras estrategias para recurrir a sí misma u otras personas, seguidas por algunas veces realizar el manejo de la situación y comportamiento del yo personal y yo físico. [Gráfico 2]

Encontramos coincidencia en el análisis de resultados realizado en el trabajo “ Proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama²⁸ en el que se comenta que es claro que el apoyo social es funcional en la medida que ayuda en la adaptación de las mujeres, destacando que en algunos casos las participantes manifestaron afectación emocional al sentirse mal atendidas por el personal de salud, fundamentando que la carencia de apoyo social influye negativamente en adopciones de estrategias de afrontamiento adecuadas que apoyen el proceso de adaptación.

Grafico 2. Factores de adaptación y afrontamiento en mujeres mastectomizadas, grupo intervención



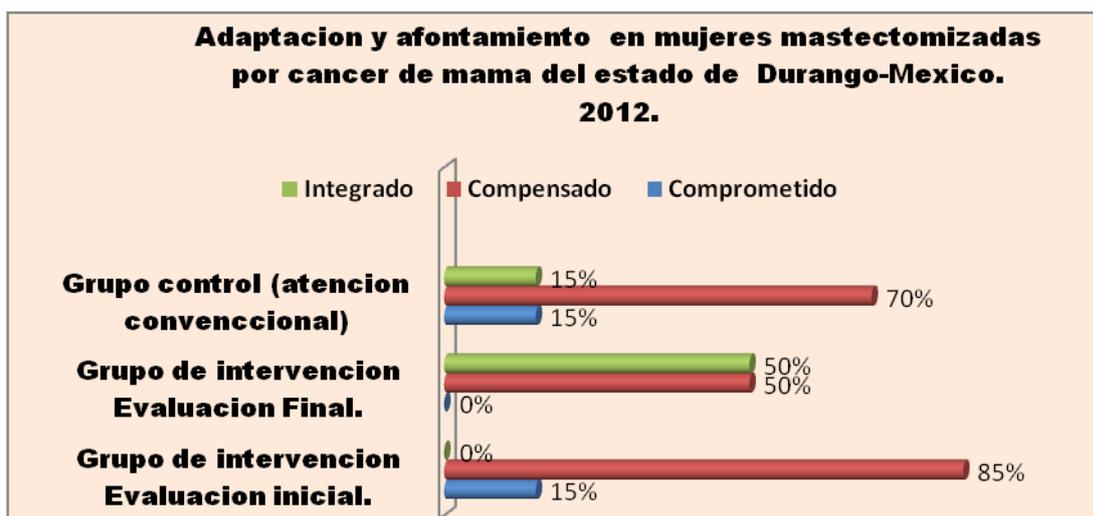
Finalmente se puede observar que la adaptación y afrontamiento en el grupo tratado de manera convencional (control), es compensada en un 70%, es decir neutralizar el efecto de una cosa con otra, un 15% con adaptación comprometida y solo el otro 15% con una adaptación integrada o incorporadas como un todo a su nuevo estilo de vida, mientras que en el grupo de intervención atendidos con un plan de cuidados domiciliario se obtuvo un 50% de personas con una adaptación integrada es decir Incorporadas como un todo en sus modos adaptativos físico-fisiológicos, integración del rol, autoconcepto e interdependencia y así llegar a adaptarse a su situación de salud, lo que permite un mejor control de posibles complicaciones.

Se puede destacar que en este mismo grupo no se presenta ninguna persona con adaptación comprometida pero si compensada con el otro 50%, Por lo que podemos distinguir la importancia de dar continuidad al programa de cuidado brindado y la incorporación de la familia en su cuidado en un contexto tan propio como sus domicilios.

Para fortalecer la adaptación y el afrontamiento, encontramos algunas coincidencias en un trabajo similar en el que se concluye que las mujeres buscan el equilibrio mediante un trabajo de fortaleciendo integral: emocional, físico, social y mental, en el que ponen esfuerzo, creatividad, empeño y dedicación sin dejar de lado el desarrollo de una mentalidad positiva. Se comenta también que el apoyo formal e informal, constituyo un factor determinante para su adaptación²⁸ lo que se comprueba en nuestro estudio, cabe destacar que aunque no fue una variable analizada se pudo observar que el apoyo social cuando no se da adecuadamente, puede ser fuente importante de estrés y conflictos.²⁹

[Gráfico 3]

Grafico 3. *Adaptación y afrontamiento de la población estudiada.*



Conclusiones

Los resultados demuestran la necesidad de establecer un programa de Cuidado domiciliario en personas con mastectomía por cáncer de mama: para favorecer la adaptación y afrontamiento, ya que se pudo evidenciar que el cuidado domiciliario para las mujeres mastectomizadas desde la programación de su cirugía hasta la rehabilitación efectiva incide positivamente en la adaptación y afrontamiento que le permiten la incorporación a su contexto laboral, familiar y emocional así como también permite disminuir costos personales, familiares e institucionales en internamientos hospitalarios por complicaciones.

Se recomienda no perder de vista la calidad humana que caracteriza al personal de salud, permitir la integración al programa de cuidado, la participación del equipo multidisciplinario en el fortalecimiento de Actividades e Intervenciones más óptimas. El cuidado domiciliario representa una posibilidad de crear un modelo consensuado y armónico de organización, significando asistencia preventiva en familias cautivas con antecedentes importantes de cáncer de mama y brinda la posibilidad de proporcionar atención continua y eficaz a la salud y bienestar de las personas mastectomizadas, quienes requieren diferentes niveles de intervención adecuados, basados en un objetivo inaplazable “Atención integral de calidad, humanizada y oportuna” potenciando la acción local y apoyando la provisión de atención domiciliaria, multidisciplinaria, cuya relevancia está en alza en un contexto de progresiva demanda social.

Cabe resaltar que para su implementación se requiere de un pensamiento crítico, analítico, creativo y reflexivo. Ya que este tipo de programas por sus características son flexibles y pueden modificarse dependiendo de la situación individual y el estado de salud de la persona y su entorno.

Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer (IARC) [base de datos en internet] World cancer report 2008. [Acceso 15 de junio 2009] Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/copyright.php>.

2. Lozano R, Knaul FM, Gómez-Dantés H, Arreola-Ornelas H, Méndez O. Tendencias en la mortalidad por cáncer de mama en México, 1979-2006. Observatorio de la Salud. Documento de trabajo. Competitividad y Salud, Fundación Mexicana para la Salud, 2008.
3. Soto-Walter G. El seno, prevención y cura del cáncer de mama. Buenos Aires, Argentina, del Nuevo Extremo. 2006.
4. Secretaría de Salud "Programa de acción: Cáncer de mama 2007-2012". México 2007.
5. Gallegos-Alvarado M, Hernández E. Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera- paciente. Rev. Enfermería. Inst. Mex. Seguro Social 2008; 16(2): 99-104.
6. Holli K. Breast cáncer. [Online Library]. Duodecim Medical Publications; 2006. [Acceso el 10 de julio 2009]. Disponible en: <http://ebmg.wiley.com/ebmg/>
7. Centro Estatal de Cancerología. Registros estadísticos Institucionales. En prensa 2008.
8. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [Base de datos en internet] México D.F, Egresos hospitalarios en las unidades médicas de la Secretaría de salud y los Servicios Estatales 2008. [Acceso 20 de julio 2012] disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_egresoshospitalarios.html
9. Falcão-juvenal I, Calvalho-Fernandes A, Magalhães-da Silva R, Holanda-Gurgel A. Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2002; 10(2): 79-84.
10. Otto-Shirley E. Enfermería oncológica. Vol. 1. España Harcour/océano, 2002.
11. Lifshitz-Guinzberg A. Medicina Ambulatoria Med Int Mex 2002; 18(3):153-4.
12. Ribeiro-Guerra M, De Moura-Gallo C, Azevedo G, Mendonça S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Rev. Brasileña de Cancerología. 2005; 51(3):227-234.
13. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2007-2008. Atlanta: American Cancer Society, 2008. [Acceso el 25 de julio, 2009]. Disponible en: www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf
14. Fleury-Seld E, Lana- Da Costa C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública [Revista on-line]. 2004 [acceso 10 de julio 2009]; 20(2): 580-588. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>
15. Melet A. Después De La Mastectomía: La Calidad De Vida. Rev. venez. oncol. [Revista on-line] 2005, [acceso 20 agosto 2009]; 17 (2):115-119. Disponible en: http://scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822005000200010&script=sci_arttext
16. Gallegos-Alvarado M, Rodríguez A, Esquivel E, Alvarado M. Propuesta de cuidado de Enfermería domiciliario en personas mastectomizadas: Adaptación- afrontamiento. Rev. Cuidarte [Revista on-line] 2012 [acceso 10 de enero 2013]; 3(3): 326-33. Disponible en: <http://cuidarte.udes.edu.co/>
17. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan [Revista on-line] 2002:19-23. [Acceso 29 de octubre de 2012] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74120204>.
18. Caballero E, Becerra R, Hullin C. Proceso de enfermería e Informática: para la gestión del cuidado. Santiago de Chile. Mediterráneo Ltda; 2010.
19. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2.2002. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Actualizada 19 de noviembre 2010. [Acceso el 05 de abril 2012]. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html

20. Boff, L. El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra. Brasil. Trotta. 1999.
21. Secretaría de Salud (MX). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. 1987. [acceso 05 abril 2009]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
22. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid; Elsevier; 2009.
23. Heather-Herdman T. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2009-2011, España S.L: Elsevier; 2010.
24. Moorhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid; Elsevier; 2008.
25. Barrientos-Galicia O. Proceso de afrontamiento y adaptación en mujeres mexicanas con cáncer de mama: [Tesis maestría] México: Portal de la Red Mexicana de Repositorios Institucionales; UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México 2009. [Acceso diciembre 2009] disponible en: www.remeri.org.mx.
26. Pérez M. Afecciones mamarias. Su comportamiento en nuestro medio. Rev. Cubana Ginecol Clín 1997; 13(2): 16-21.
27. Viel-Reyes H. Características del afrontamiento a mujeres mastectomizadas HGD de Guantánamo; 2010 [Monografía en internet] Guantánamo [acceso diciembre 2012]. Disponible en www.Monografia.com/Trabajos92.
28. Londoño-Calle Y. El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, 2009; XXVII (I) 70-77.
29. Lazarus R, Folkman S, Estrés y procesos cognitivos. Barcelona; Martinez Roca, 1986.