

TRABAJO FIN DE GRADO

El cáncer en la mujer:

Incidencia por registros poblacionales y relación del cáncer de mama, ovario y útero con la dureza del agua. Afrontación psicológica.

Autora: Iratxe Monge Rodríguez

Directora de proyecto: Maite del Hierro Gurruchaga

Leioa, 15 de Mayo de 2013

ÍNDICE

• Introducción	2
• Metodología	2
• ¿Cómo se produce un tumor?	4
• Cáncer de mama	5
• Cánceres de útero	7
• Cáncer de ovario	9
• Incidencia según registros poblacionales y relación de la incidencia con la dureza del agua	11
• Afrontación psicológica. Cambios en la mujer. Resultados de las encuestas	15
• Afrontación psicológica. Cambios en la mujer. Discusión.....	26
• Conclusiones	33
• Anexo I: Encuesta	34
• Bibliografía	41

INTRODUCCIÓN

Los cánceres de mama, útero (cuerpo y cuello) y ovario son los cánceres propios de la mujer que más incidencia tienen. El de mama, con 22000 nuevos casos al año en España, supone un 30% de los cánceres en la mujer. El de ovario, 3300 nuevos casos a año y un 5,1% de los cánceres femeninos. Los cánceres de útero, cuerpo y cuello, suman más de 7000 nuevos casos al año, contando sólo el de cérvix con 2100 nuevos casos al año y un 3,3% del total. Por tanto, al investigar estos 3 tipos de cánceres estamos investigando más de un 40% de los cánceres de la mujer. Dado que es una enfermedad que, gracias a los avances científicos e investigaciones, cada vez tiene más índices de supervivencia, creemos que no deberíamos centrarnos sólo en lo que es el cáncer y tipos de tratamiento, sino que deberíamos ahondar en los cambios que supone para la mujer el haber sobrevivido a un cáncer.

Los **objetivos** que buscamos con este trabajo son, por un lado, investigar si cada tipo de cáncer tiene una incidencia mayor en unas comunidades autónomas de España que en otras, y averiguar si el porqué de esas diferencias es el tipo de dureza de las aguas, y por otro lado, como hemos dicho, conocer el impacto que tiene el padecer y sobrevivir al cáncer para la mujer, no sólo en el aspecto físico, sino también en el psicológico y los cambios que se producen en su vida cotidiana.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo hemos contado con la colaboración de un grupo de mujeres que han accedido a responder a nuestras encuestas, mediante las cuales hemos realizado un estudio descriptivo. Estas encuestas han sido utilizadas para analizar la cómo afecta el haber padecido un cáncer en la vida cotidiana de las mujeres, en su salud y en la relación con sus allegados.

La realización de las mismas se ha producido en 3 consultas de enfermería del Centro de Salud de San Vicente (Barakaldo) del 15 de enero de 2013 al 15 de marzo de 2013.

Material del estudio

Para la realización de este estudio se ha diseñado una encuesta que incluye preguntas cerradas y abiertas sobre las historias clínicas de las pacientes, estas últimas en los apartados de “enfermedad” y “tratamiento”. La encuesta constaba de los siguientes apartados:

1. Datos personales: edad actual y durante la enfermedad, características socio-demográficas, IMC.
2. Historia médica: antecedentes personales, antes y después de la enfermedad, antecedentes familiares de cáncer.
3. Hábitos: consumo de tabaco, alcohol o drogas, realización de actividad física.
4. Dieta: antes y después de la enfermedad. Consumo de frutas, verduras, carnes, conservas, sal... medido en días/semana de ingesta.
5. Enfermedad: valoración de la calidad de vida antes, durante y tras la enfermedad, cambios o problemas en las relaciones familiares, de pareja o en la reincorporación al mundo laboral (preguntas abiertas).
6. Tratamiento: tipo de tratamiento recibido (quimioterapia, radioterapia o ambas), efectos secundarios, posibles cambios físicos y su influencia en la mujer, tratamientos quirúrgicos. Valoración de si recibir ayuda psicológica fue favorable. Por último, valoración de la atención enfermera recibida durante el tratamiento/enfermedad.

El diseño de la encuesta se llevó a cabo basándonos en aportaciones bibliográficas. Una vez comprobado que las preguntas contenidas en la encuesta eran fácilmente comprensibles, se procedió a su realización, antes de la cual explicábamos a las mujeres que el contenido de las respuestas era totalmente anónimo y que los resultados obtenidos sólo se utilizarían para la realización de este estudio. Pese a la poca participación lograda (12 encuestas), cabe destacar que todas las encuestas fueron realizadas en su totalidad y no ha sido necesario retirar ninguna por tener cuestiones sin cumplimentar o por contener contradicciones.

Por otro lado, hemos consultado diferentes fuentes biográficas, tanto en formato papel como formato digital, para el resto de apartados que contiene el trabajo. La bibliografía puede consultarse al final de este documento.

¿CÓMO SE PRODUCE UN TUMOR?

Para entender cómo se produce la transformación de las células sanas a células tumorales, es necesario explicar primero tres términos:

Protooncogenes: genes que promueven el crecimiento y la división de la célula. En células cancerosas, uno o más protooncogenes están alterados, de manera que su actividad no puede ser controlada de manera normal. Cuando un protooncogén está mutado o se expresa incorrectamente, y contribuye al desarrollo de un tumor, pasa a denominarse oncogén

Oncogén: el oncogén es un gen anormal o activado que procede de la mutación o activación de un protooncogén (gen normal). Los oncogenes son los responsables de la transformación de una célula normal en una maligna que desarrollará un determinado tipo de tumor.

Genes supresores de tumores: genes que tienen funciones supresoras de la actividad anormal de los oncogenes.

Las células se dividen de forma regular con el fin de reemplazar a las ya envejecidas o muertas y mantener así la integridad y el correcto funcionamiento de los distintos órganos. Este proceso está regulado por los protooncogenes, que indican a la célula cuándo comenzar a dividirse y cuándo permanecer estable. Cuando los protooncogenes se alteran en una célula, ésta y sus descendientes inician una división incontrolada.

La activación de un protooncogén y su transformación a un oncogén se produce por mutaciones ocasionadas por causas físicas como las radiaciones ionizantes, causas químicas como los carcinógenos, causas biológicas como los virus oncogénicos o causas hereditarias, por mutaciones transmitidas a lo largo de generaciones o por fallo en alguno de los mecanismos de reparación del ADN. Asimismo, parece que ciertos hábitos de vida y algunos elementos de la dieta que mantenemos pueden actuar como factores favorecedores de la activación de los oncogenes (estrés, tabaco, carnes rojas, conservas, falta de antioxidantes...).

Sin embargo, la activación de oncogenes no constituye la única vía hacia la malignidad. En la gran mayoría de los cánceres la transformación maligna es resultado de la combinación de la activación de oncogenes y la anormal inhibición de genes supresores de tumores.

Si estas células además de crecer sin control, adquieren la facultad de invadir tejidos y órganos de alrededor (infiltración) y de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo (metástasis) se denomina tumor maligno o cáncer.

CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres (1 de cada 8 mujeres lo padecen) de 45 a 65 años, aunque no exclusivo de ellas, ya que también puede afectar al hombre.

Se origina en el tejido de la glándula mamaria. Puede crecer de tres maneras: crecimiento local, diseminación linfática o diseminación hematógena.

TIPOS

El cáncer de mama se origina anatómicamente en la unidad terminal ducto-lobulillar de la glándula mamaria.

1. **Carcinoma “in situ”**: proliferación celular maligna que ocurre en el interior del conducto mamario, sin invasión o infiltración del tejido que lo rodea. Pueden ser ductales (en el ducto) o lobulillar (dentro de un lobulillo).
2. **Carcinoma invasivo o infiltrante**: proliferación celular maligna que traspasa la frontera natural anatómica del ducto o el lobulillo, invadiendo el tejido circundante. Es el tipo tumoral más frecuente, suponiendo el 90% de los cánceres de mama. Los más frecuentes son los carcinomas ductales (80% de los casos).
3. **Enfermedad de Paget**: enfermedad de la mama que afecta a la piel del pezón y/o de la areola, asociado o no a un carcinoma subyacente intraductal (“in situ”) o invasivo. La incidencia es muy baja (menos del 1%). Las células superficiales del pezón y/o la areola se transforman dentro de la epidermis, lo que da lugar a una apariencia de eccema con descamación, eritema y, a veces, exudación y dolor. El pronóstico y el tratamiento de la enfermedad dependen del tipo de tumor subyacente.

SÍNTOMAS

En fases precoces de la enfermedad, el cáncer de mama no suele producir ningún tipo de síntoma.

Cuando se diagnostica en estadios iniciales es porque la mujer participa en programas de cribado o porque se ha realizado una mamografía de control, como seguimiento de otro problema distinto en la mama.

Los síntomas más frecuentes por los que la mujer acude al médico son, entre otras, la aparición de un nódulo en la mama que previamente no existía, dolor en la mama a la palpación, cambios de tamaño de alguna de las mamas, alteración en la piel de la mama o cambios en el pezón.

DIAGNÓSTICO

Pruebas diagnósticas

1. **Análisis de sangre y orina:** marcadores tumorales antígeno carcinoembrionario (CEA) y CA 15-3.
2. **Pruebas de imagen**
 - **Mamografía:** poco eficaz en mujeres jóvenes por la densidad de su tejido glandular.
 - **Ecografía:** los ultrasonidos ayudan a diferenciar los nódulos con contenido líquido (quistes frecuentemente benignos) de las masas sólidas (que pueden ser malignas). Útil en el caso de mamas densas, donde la mamografía tiene menor poder de definición.
 - **Ductograma ó galactograma:** técnica utilizada en caso de descargas hemorrágicas por el pezón.

ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

La elección del tratamiento dependerá de la edad, estado general y hormonal, localización del tumor y fase...

Los tratamientos más frecuentemente empleados en el cáncer de mama son la radioterapia, la quimioterapia, la cirugía y la hormonoterapia.

SUPERVIVENCIA

La **supervivencia** aumenta anualmente un 1,4% gracias a la mayor información para diagnosticar precozmente y la actualización de los tratamientos. La supervivencia global a los 5 años del diagnóstico de este tumor es del 82,8% en

nuestro país, por encima de la media europea y similar a los países con las mejores cifras de supervivencia.

MORTALIDAD

El cáncer de mama fue la causa de 411.000 muertes en todo el mundo en el año 2002, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. 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 en 2002 es de 15,9 fallecimientos/100.000 h/año. En España fallecen unas 6000 mujeres al año por cáncer de mama.

SECUELAS: linfedema

Los ganglios o nódulos linfáticos axilares se encargan de recoger la linfa del brazo, evitando que se acumule en la extremidad. El **linfedema** se produce porque al extirpar estos ganglios linfáticos se acumula líquido intersticial en el brazo del mismo lado de la intervención, provocando un aumento de su tamaño. Como consecuencia se provoca una sobrecarga del sistema linfático, en el que el volumen de linfa acumulada excede a la capacidad de drenaje de la misma.

Se estima que una de cada cuatro mujeres desarrollará esta complicación y aunque el tiempo de aparición varía entre semanas y años, lo más frecuente es que el 75% de los casos aparezcan durante el primer año tras la cirugía.

Produce en la mayoría de los casos pesadez, episodios de infección y deformidad estética. Es necesario indicar a las mujeres que con ese brazo susceptible de linfedema no pueden realizar actividades pesadas, tales como coger peso, no ponerse pulseras, anillos o relojes que puedan dificultar el retorno linfático...

CÁNCERES DE ÚTERO

El útero está formado por dos partes: el cuello (cérvix) y el cuerpo.

Respecto a los cánceres de cuerpo de útero, los más frecuentes son los adenocarcinomas, originados en el endometrio (capa más interna del útero), siendo habitual su diagnóstico en mujeres mayores de 55 años.

Por otro lado, la mayor parte de los cánceres de cuello de útero se originan en las células escamosas. La edad media de diagnóstico es de 48 años, y su incidencia aumenta en los países menos desarrollados. Recientes investigaciones demuestran que la transmisión sexual del HPV (papilomavirus humano), es esencial para desarrollar la enfermedad, por lo que la vacunación contra el HPV puede considerarse una medida de prevención para este tipo de cáncer.

SÍNTOMAS

Las lesiones precancerosas del cáncer de cérvix, así como sus fases más tempranas, generalmente, no causan ningún síntoma. Sin embargo, el de cuerpo de útero si puede dar síntomas precoces, fundamental para un tratamiento precoz.

En cualquiera de los casos, los síntomas que con mayor frecuencia aparecen son los siguientes: hemorragia vaginal anormal (entre reglas o tras las relaciones sexuales), pérdida de peso, dolor en la zona del pubis, dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia)...

DIAGNÓSTICO

En el cáncer de cérvix, antes de que la mujer note algún síntoma, las revisiones ginecológicas habituales y la realización regular del test de Papanicolau o citología cérvico-vaginal permite el diagnóstico de las lesiones premalignas, de tal forma, que su tratamiento evita que éstas evolucionen a lesiones invasivas. Este test puede realizarse desde que la mujer comienza a mantener relaciones sexuales hasta los 65 años. Si este test diese positivo para células malignas, se realizarían otras pruebas y estudios.

En el caso del cáncer de cuerpo de útero, la realización de pruebas diagnósticas es inmediata a la aparición de síntomas.

En cualquiera de los dos casos, además de una exploración ginecológica, habitualmente se realizan pruebas complementarias, como colposcopia, biopsia, RX de tórax, citoscopia, urografía intravenosa, RMN...

TRATAMIENTO

Los tratamientos más frecuentemente empleados en los cánceres de útero son la cirugía (generalmente histerectomía), la radioterapia y la quimioterapia, que dependen del estadio (TMN), edad, estado general de la paciente, etc.

PRONÓSTICO

Aproximadamente un 70 % de las pacientes que sufren un cáncer invasivo de en el útero en España sobreviven más de 5 años.

El 85% de los fallecimientos por cáncer de cérvix se producen en países en vías de desarrollo. Es uno de los principales problemas de salud en estas zonas, mientras que en los países desarrollados, gracias a las campañas de diagnóstico precoz, ha dejado de constituir una seria amenaza.

CÁNCER DE OVARIO

Las células tumorales se encuentran en el ovario. Este tipo de cáncer se disemina de cuatro maneras: invasión directa, diseminación peritoneal (más frecuente), diseminación linfática y diseminación hematógena. Es más frecuente en los países desarrollados y la mayoría de los casos se diagnostican entre los 45 y los 75 años. Hay varios tipos histológicos de cáncer de ovario, siendo el más frecuente el carcinoma seroso (32% de los casos). No existe actualmente ningún método eficaz que facilite el diagnóstico precoz, por lo que hasta el 75% de los casos se presentan en fases avanzadas.

SÍNTOMAS

Al no existir ningún método eficaz para la detección precoz, el diagnóstico en fases iniciales es generalmente accidental, es decir, se diagnostica por pruebas que se realizan para descubrir otros problemas de salud o en las revisiones ginecológicas de rutina.

En fases más avanzadas los síntomas son los siguientes: hinchazón abdominal por ascitis, masa pélvica por encima del pubis, pérdida de peso, hemorragia vaginal (metrorragia).

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico definitivo del cáncer de ovario, las pruebas más utilizadas son las ecografías abdominales o las transvaginales, pudiendo ser necesarias a modo de complemento otras pruebas, como análisis de sangre y orina y escáner.

TRATAMIENTO

Ante la sospecha de la existencia de un cáncer de ovario es obligado intervenir quirúrgicamente a la paciente para confirmar el diagnóstico de la enfermedad y ver cuál es el tipo de tumor y su extensión. Además de servir para el diagnóstico esta intervención ya supone el tratamiento quirúrgico de la enfermedad. En función de los hallazgos de la cirugía, en ocasiones es necesario complementar el tratamiento con quimioterapia.

La técnica quirúrgica utilizada en los cánceres de ovario, debido a su doble objetivo (diagnóstico y terapéutico) está totalmente establecida. Se realiza la extirpación del útero (histerectomía), de los ovarios (anexectomía), del apéndice, epiplón y ganglios, se examina toda la cavidad abdominal y se toman diversas muestras para estudiarlas al microscopio.

En determinadas circunstancias el equipo médico puede valorar la realización de cirugía conservadora (en mujeres jóvenes con deseo de ser madres, puede valorarse la posibilidad de realizar la extirpación de sólo el ovario donde se encuentra la tumoración) o cirugía citorreductora (en estadios avanzados, eliminando todo el tejido tumoral que se pueda extirpar).

PRONÓSTICO

Aproximadamente un 44 % de las pacientes que sufren un cáncer de ovario en España sobreviven más de 5 años.

En países desarrollados es la primera causa de muerte por cánceres ginecológicos.

INDICENCIA SEGÚN REGISTROS POBLACIONALES Y RELACIÓN CON LA DUREZA DEL AGUA.

La incidencia del cáncer en una población definida geográficamente se puede conocer gracias a la existencia de registros poblacionales, cuya principal finalidad es identificar y contabilizar todos los casos nuevos que se diagnostiquen en los residentes en esa área. Los registros poblacionales de cáncer, imprescindibles para estimar la prevalencia de este grupo de patologías y evaluar la supervivencia de los pacientes, son pues herramientas clave en la vigilancia epidemiológica del cáncer. Facilitan la evaluación de los programas de diagnóstico precoz y son de gran utilidad para la implementación de estudios de casos y controles en la investigación sobre factores de riesgo. La información que proporcionan ha permitido en muchas ocasiones a las autoridades sanitarias disponer de datos suficientes para evaluar y afrontar diferentes crisis sanitarias relacionadas con exposiciones ambientales.

En este caso, sólo tenemos resultados de algunos registros poblacionales, ya que la mayor parte de ellos son de reciente creación y todavía no se disponen de datos significativos. Por lo tanto, utilizaremos los datos de los registros poblacionales de Albacete, Asturias, Canarias, Cuenca, Girona, Granada, Murcia, Navarra, Tarragona, Zaragoza y País Vasco. Cabe destacar también que los datos utilizados para este apartado del trabajo son de 2002, ya que desde esa fecha no se han vuelto a publicar los datos relativos a las incidencias por registros poblacionales (1).

Atendiendo a los datos obtenidos de estos registros poblacionales, podemos averiguar en qué zonas de España tienen mayor o menor incidencia los cánceres de mama, útero y ovario, datos que se pueden consultar en la tabla siguiente:

	Mama	Útero	Ovario
Albacete	63,81	21,58	8,66
Asturias	72,22	23,63	15,44
Canarias	82,76	27,76	10,56
Cuenca	60,23	23,18	11,37
Girona	90,30	26,81	10,84
Granada	75,04	26,87	10,93
Murcia	77,05	25,72	11,13
Navarra	88,61	25,71	12,29
Tarragona	86,13	26,88	11,02
Zaragoza	73,47	20,62	9,46
País Vasco	86,61	22,61	10,89

*Tabla 1. Incidencia de los cánceres en mujeres según registros poblacionales. (casos/100.000).
El color verde simboliza menor incidencia; el rojo, mayor incidencia.*

Observando la tabla obtenemos, pues, los datos de las mayores y menores incidencias de cáncer por registros poblacionales:

- El cáncer de mama tiene mayor incidencia en Girona y menor en Cuenca.
- El cáncer de útero tiene mayor incidencia en Canarias y menor en Zaragoza.
- El cáncer de ovario tiene mayor incidencia en Asturias y menor en Albacete.

Por otro lado, debemos averiguar qué tipo de dureza tiene el agua en estas zonas del país para poder establecer una comparación de incidencias y así averiguar si existe relación entre el cáncer y la dureza del agua.

Como sabemos, la dureza del agua se determina por la cantidad de sales de calcio y magnesio presentes en ella, siendo agua dura cuando contiene a partir de 120 mg de CaCO_3 por litro. Se han realizado numerosos estudios para investigar si hay relación entre la existencia de estas sales en el agua y la incidencia de distintas enfermedades, como las cardiovasculares, pero lo cierto es que la OMS (Organización Mundial de la Salud) no ha encontrado evidencias suficientes para recomendar un determinado nivel de dureza del agua. Según los estudios, la mayor problemática de una mayor dureza del agua reside en la limpieza doméstica e higiene personal, ya que se necesita una mayor cantidad de detergentes y jabones en las zonas con aguas más calizas, e incluso se ha

demostrado que en estas zonas las averías de los electrodomésticos son más frecuentes por los acúmulos de cal (4).

La causa de que un agua sea dura reside en la composición del terreno, porque cuanto más calcárea es la zona, mayor dureza se produce. Es decir, la dureza es inherente a cada región, porque depende del tipo de rocas que haya en el suelo donde fluye el líquido vital (4).

Por el tipo de suelo, España presenta aguas duras en la mayor parte de su territorio, y no es sencillo averiguar si se reside en una zona que tenga esta característica, aunque existen mapas orientativos que expresan la dureza por regiones. Estos mapas han sido realizados por el Ministerio de Medio Ambiente a partir de los resultados de las estaciones de control en los ríos, aunque los niveles de dureza pueden variar tras los tratamientos que sufren las aguas para potabilizarlas.

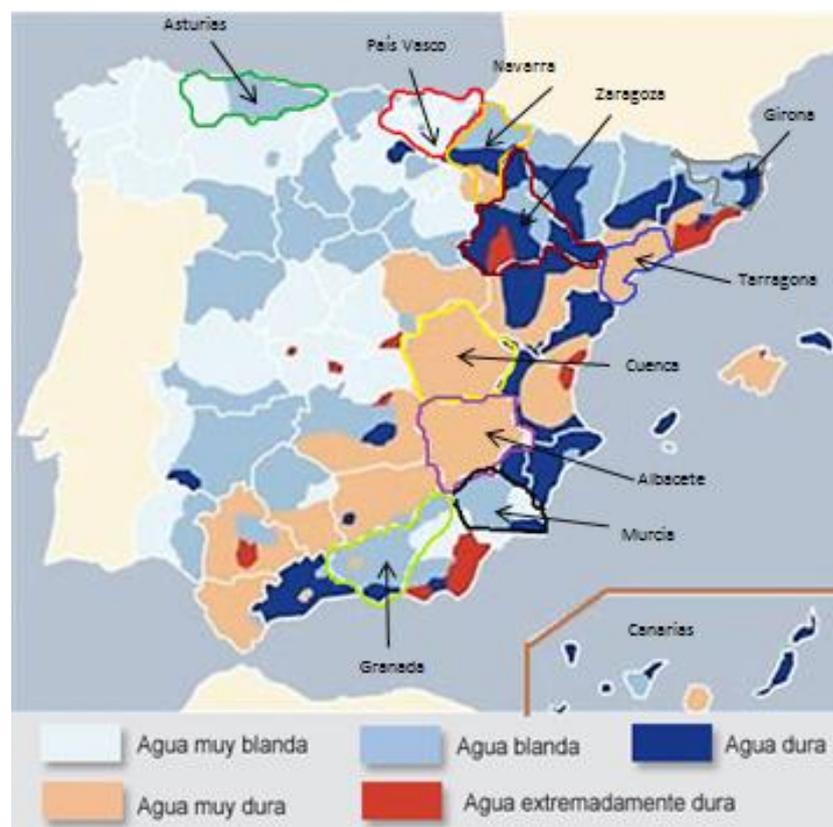


Imagen 1. Mapa de España por provincias, con las regiones con estudios poblacionales de incidencia de cáncer señaladas. Disp.en www.aguapasion.es

Por ello, y comparando el mapa de aguas de España y los registros poblacionales españoles de incidencia del cáncer en la mujer, podemos establecer los siguientes resultados:

- Cáncer de mama: el registro poblacional que ha registrado mayor incidencia del cáncer de mama en mujeres es el de Girona (90,30 casos/100.000), y el de menor incidencia, el de Cuenca (60,23 casos/100.000). Observando el mapa de las aguas, vemos que en la zona interior de Girona el agua es blanda, mientras que en la zona costera es dura. En Cuenca, sin embargo, el agua en todo el territorio se clasifica como muy dura.
- Cáncer de útero: el registro poblacional que ha registrado mayor incidencia, con 27,76 casos/100.000 mujeres, es el de Canarias; el que menos, con 20,62 casos/100.000, es el de Zaragoza. El mapa de clasificación de las aguas nos muestra que en Canarias hay una gran diversidad de dureza de aguas, siendo predominante el agua dura. Asimismo, en Zaragoza existe también una gran diversidad de aguas, clasificándose las aguas de la zona sur como extremadamente duras, por lo que consideraremos el agua de Zaragoza como muy dura.
- Cáncer de ovario: el registro poblacional nos indica que la comunidad con mayor incidencia del cáncer de ovario es Asturias (15,44 casos/100.000), mientras que la que menor incidencia ha registrado es Albacete (8,66 casos/100.000). Observando el mapa de las aguas, vemos que el agua de Asturias se considera blanda y el de Albacete, muy dura.

Analizando estos resultados, podemos afirmar que los registros poblacionales que han registrado menor incidencia de los cánceres de mama, útero y ovario se sitúan en zonas de aguas muy duras. Sin embargo, la mayor incidencia de estos cánceres no sigue el mismo patrón de dureza de las aguas, ya que se da en zonas que tienen las aguas blandas y duras. Por todo esto, no podemos confirmar que la dureza de las aguas actúe como factor predisponente para padecer estos tipos de cáncer, si bien es cierto que otras sustancias que pueda contener el agua, tales como metales pesados o productos tóxicos que se puedan verter a los ríos (4), si pudieran tener relación con la incidencia de esta enfermedad, pero para la realización de esa investigación no disponemos de los medios necesarios. Sin embargo, a pesar de que la OMS no recomiende un determinado volumen de 120 mg de CaCO_3 en las aguas potables, estudios

llevados a cabo por la Universidad de Chile, indican que existe relación entre la alta dureza del agua y enfermedades del sistema nervioso como la anencefalia, mortalidad perinatal y varios tipos de cáncer, como el rectal, colon, páncreas, pulmón y próstata (19).

AFRONTACIÓN PSICOLÓGICA. CAMBIOS EN LA MUJER.

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS.

La aparición de un nódulo maligno constituye, independientemente de su extensión y gravedad, un impacto psíquico capaz de desestructurar el equilibrio anímico y afectivo de la mujer. La imagen corporal se ve profundamente afectada y, a partir de ahí, las relaciones con su entorno. La mama, el útero y los ovarios, además de estar íntimamente ligados a la reproducción sexual y a la integridad corporal, constituyen los símbolos de la femineidad. Por esto, cualquier destrucción (mediante una cirugía parcial o radical) es, en definitiva, un atentado contra la estructura psíquica de la mujer, siendo el resultado más frecuente la ansiedad, la depresión o la desesperanza. En estos casos, el equipo médico y de enfermería puede sentirse absorbido por el tratamiento de los problemas físicos (que en sí mismos son fundamentales), pasando por alto, sin embargo, los aspectos puramente emocionales. Curiosamente las mujeres con este tipo de enfermedad pueden necesitar desesperadamente para afrontar una complicación frecuente de su enfermedad: la depresión que, además, repercute en su integridad física, en su resistencia inmunológica y en su capacidad de supervivencia. Por lo tanto, la competencia del sistema inmunitario puede disminuir si no tenemos en cuenta el tratamiento integral de la mujer, esto es, no solamente el físico, sino también el psíquico (18).

Por todo esto, se producen grados menores de ansiedad y depresión con mucha frecuencia y habitualmente se les considera comprensibles y normales. Sin embargo, si los propios cambios emocionales y de conducta entorpecen la recuperación o la adaptación a la enfermedad, se consideran patológicos, y cuando se empiezan a tratar, se advierte una clara mejoría tanto en la patología física como en la psíquica. Factores como la personalidad del propio paciente, la gravedad de su enfermedad o su entorno social pueden influir en la respuesta psicológica de la mujer a su enfermedad, siendo frecuentes respuestas desde una preocupación normal y buena adaptación, hasta la de ansiedad, depresión o

negación de la enfermedad, llegando incluso a reacciones paranoides. Por ello, es fundamental que demos a la mujer la opción de discutir junto al equipo médico las distintas opciones de tratamiento, y que se confeccione un tratamiento a la mayor brevedad posible, ofreciendo una completa información sobre la situación y el tratamiento, administrándose este en una atmósfera amistosa entre personal y paciente (20,21).

RESULTADOS

Como sabemos, dentro de los cánceres propios de la mujeres, el de mama es el más frecuente, seguido por los de útero (endometrio y cuello) y finalmente, el de ovario. Esto se puede observar claramente en los resultados de las encuestas que hemos realizado en el Centro de Salud de San Vicente, ya que un 75% del total de las mujeres encuestadas han referido el cáncer de mama como el que han padecido. Seguido, un 25% de las mujeres han indicado que han padecido un cáncer de útero, mientras que el 0% de las mujeres encuestadas padeció cáncer de ovario.

1. Datos personales

En cuanto a los datos personales, se preguntó acerca de la edad actual, edad durante la enfermedad, lugar de nacimiento y lugar de residencia durante el tratamiento, situación civil, estudios, situación laboral e IMC.

La edad la hemos clasificado en 4 rangos: < 40 años, entre 40 y 55, entre 56 y 70 y >70.

En el apartado de edad actual, el rango de edad más elegido ha sido el de 56 a 70 años (58,33%), seguido por el de 40 a 55 años (25%), >70 años (16,66%) y por último, ninguna mujer (0%) tenía menos de 40 años en el momento de la realización de la encuesta.

En cuanto a la edad durante la enfermedad, el 16,66% de las mujeres tenía menos de 40 años, el 25% entre 40 y 55, el 50% entre 56 y 70 años y sólo el 8,33% tenía más de 70 años.

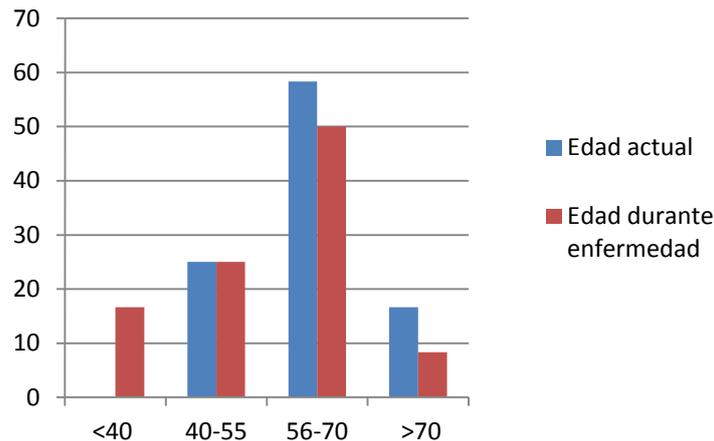


Gráfico 1. Porcentajes de las edades actuales y durante la enfermedad (%mujeres)

Analizando los datos de edades obtenidos, hemos obtenido los años que han transcurrido desde que las mujeres padecieron el cáncer, para ver si la supervivencia a 5 años se ha cumplido y en qué porcentajes. Por ello, sabemos que el 50% de las mujeres, todavía no han transcurrido los 5 años, mientras que en el 33,33% de los casos han transcurrido entre 5 y 10 años; en el 16,66% entre 11 y 15 años, y más de 15 años en ningún caso (0%). Como en el 50% de los casos todavía no han transcurrido más de 5 años, no podemos establecer un porcentaje de supervivencia. Sin embargo, y aun teniendo en cuenta que al realizarse las encuestas a mujeres vivas el porcentaje de supervivencia siempre va a ser del 100%, en el 16,66% de los casos han transcurrido de 11 a 15 años desde que la mujer padeció el cáncer.

En lo referente al lugar de nacimiento y residencia, un 41,66% de las mujeres indicó ser natural de Barakaldo, un 25% son originarias de otros municipios de Bizkaia, y el 33,33% restante son naturales de otros municipios españoles. Sin embargo, durante la enfermedad el 91,66% de las mujeres residía en Barakaldo y el 8,33% restante en otros municipios de Bizkaia, por lo que las condiciones del tratamiento en cuanto a calidad y características socio-demográficas del entorno han sido semejantes para todas las mujeres.

La situación civil más indicada en las encuestas fue la de casada en el 75% de los casos, seguido por viuda (16,66%) y separada o divorciada (8,33%), mientras que no había ninguna mujer soltera o con pareja de hecho.

Al mismo tiempo, el 75% de las mujeres refirió tener estudios elementales u obligatorios, y el 25% restante, estudios universitarios. La situación laboral de las

mujeres, sin embargo, es muy variada, ya que el 50% declararon ser amas de casa, el 25% trabajadoras, el 16,66% jubiladas y el 8,33% desempleadas.

Para finalizar con este apartado, se pidió a las mujeres que indicaran su peso y altura para poder establecer su IMC. En base a esto, hemos concluido que ninguna mujer (0%) tiene peso insuficiente, el 58,33% tiene normopeso, el 33,33% sobrepeso y el 8,33% restante, obesidad. Teniendo en cuenta que lo que incluimos en la dieta puede tener un efecto favorecedor en la activación de los oncogenes, el hecho de que más del 40% de las mujeres padezcan sobrepeso nos hace pensar que la dieta que llevan a cabo no es adecuada o que no es acompañada de ejercicio.

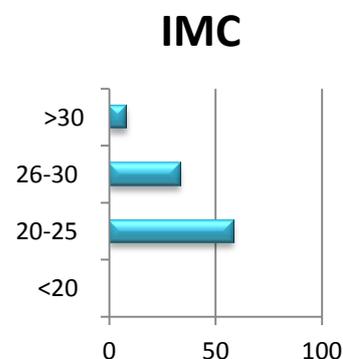


Gráfico 2. Porcentajes de IMC

2. Historia médica

En el apartado de historia médica, se les preguntó a las mujeres acerca de sus antecedentes personales antes y después de la enfermedad. A pesar de las múltiples alteraciones que se podían indicar, sólo fueron seleccionadas las opciones de diabetes, alteraciones cardíacas, enfermedades respiratorias, depresión u otros trastornos psicológicos y sin antecedentes. **Antes** de la enfermedad el 16,66% de las mujeres declaró padecer diabetes, el 8,33% alteraciones cardíacas, otro 8,33% enfermedades respiratorias, el 16,66% depresión u otros trastornos psicológicos y el 50% restante indicó no tener antecedentes. En el apartado de los antecedentes personales **después** de la enfermedad, diabetes, alteraciones cardíacas y enfermedades respiratorias fueron seleccionadas por el mismo número de mujeres (16,66%, 8,33% y 8,33% respectivamente). Sin embargo, un 58,33% de las mujeres reconoció haber padecido depresión u otros trastornos psicológicos después de haber padecido el cáncer, quedando sólo un 8,33% de las mujeres sin antecedentes personales de enfermedad después del cáncer. Esto nos hace ver que, aunque el cáncer no haya desencadenado ninguna enfermedad física en las mujeres encuestadas (ya que las mismas mujeres que indicaron padecer alteraciones antes de la enfermedad, indicaron padecerlas después), sí que lo ha hecho a nivel psicológico, ya que han sido un 41% más de mujeres las que han padecido trastornos psicológicos después de la enfermedad.

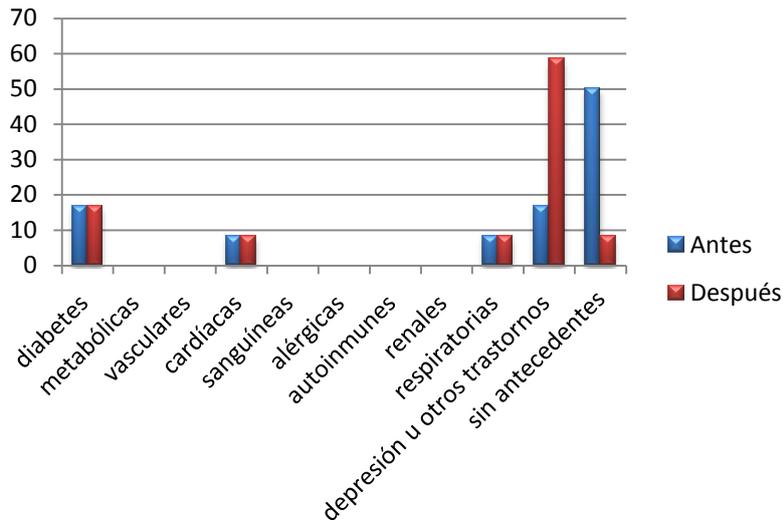


Gráfico 3. Antecedentes antes y después del cáncer (% mujeres)

Del mismo modo, en este apartado de la encuesta se preguntó a las mujeres si había habido antecedentes de cáncer en su familia, siendo la respuesta afirmativa en un 33,33% de los casos, mientras que el 66,66% indicó que no había antecedentes de cáncer en su familia.

3. Hábitos

En lo referente a los hábitos, las preguntas de la encuesta iban dirigidas a conocer los hábitos tabáquicos, consumo de alcohol, consumo de drogas y práctica de actividad física de las mujeres.

- Tabaco: el 25 % de las mujeres reconoció ser fumadora, frente al 75% restante que indicó no fumar en la actualidad o no haber fumado nunca.
- Alcohol: el 91,66% no bebe, mientras que el 8,33% restante sí reconoce ser bebedor.
- Drogas: el 100% de las mujeres señaló no consumir drogas.

- Actividad física: el 75% de las mujeres señaló realizar actividad física y el 25% restante, no. Sobre el total, el 41,66% realiza actividad física de 1 a 3 días por semana, y el 33% 4 días o más a la semana. Dentro de las actividades que se realizan, el 50% camina, el 8,33% realiza natación, el 8,33% ambas, y otro 8,33% realiza otras actividades.

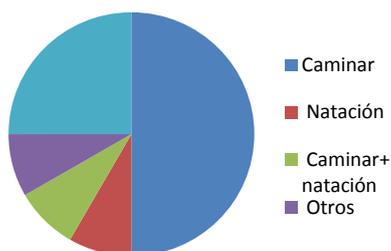


Gráfico 4. Tipo de actividad física (% mujeres)

4. Dieta

A través del apartado de dieta de la encuesta, pretendíamos conocer cuáles son los hábitos dietéticos de las mujeres en la actualidad y antes de la enfermedad, para saber si la dieta que ingieren es equilibrada y saber si ha habido cambios después de padecer el cáncer. Los resultados los hemos medido en días a la semana de ingesta.

ANTES

El 8,33% de las mujeres refirió consumir menos de 1 día a la semana **frutas**, otro 8,33% consumirlas de 1 a 3 días/semana, frente al 83,33% que las consumía 4 o más días a la semana.

En cuanto al consumo de **verduras**, la mayoría de las mujeres (66,66%) indicó consumirlas más de 4 días a la semana, seguido por las que las ingerían de 1 a 3 días. Ninguna mujer (0%) indicó ingerir verduras menos de 1 día/semana.

El 75% consumía **carnes rojas** de 1 a 3 días por semana, y el 25% restante, más de 4 días. Ninguna mujer (0%) refirió consumir carnes rojas menos de 1 día por semana. En las **carnes blancas** obtuvimos los mismos resultados: el 75% consumía carnes blancas de 1 a 3 días, y el otro 25% más de 4. Así mismo, se les preguntó a las mujeres el modo o modos de preparación de la carne, obteniendo una gran variedad de respuestas: fritas, asadas, a la plancha...

El 58,33% de las mujeres encuestadas ha referido consumir **pescado** de 1 a 3 días/semana, seguido por el 33,33% consumía pescado 4 o más días por semana, mientras que el 8,33% restante lo hacía menos de 1 día por semana.

El mayor consumo de **conservas** indicado, en un 75% de los casos, ha sido de entre 1 y 3 días por semana. El 25% consumía conservas menos de 1 día por semana y ninguna encuestada (0%) consumía conservas 4 o más días por semana. El mayor consumo de **legumbres y cereales** también se producía entre 1 y 3 días por semana (75%), seguido por de 4 a 7 días/semana (25%). Ninguna mujer (0%) refirió haber consumido antes de su enfermedad menos de 1 día por semana legumbres o cereales.

Finalmente, se preguntó acerca del consumo de **sal**, pregunta a través de la cual conocimos que el 58,33 % de las encuestadas consumen los alimentos con poca sal, el 33,33% salados, y el 8,33% restante indistintamente.

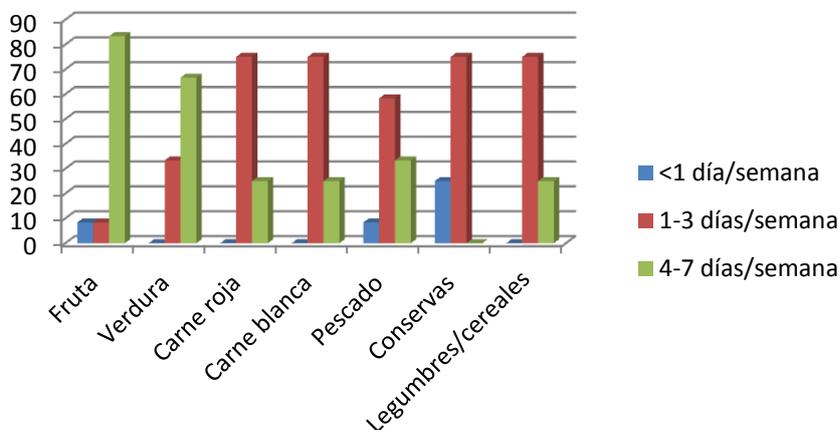


Gráfico 5. Consumo de alimentos antes del cáncer. (% mujeres)

DESPUÉS

Con el objetivo de conocer si se produjo algún cambio en la dieta de las mujeres después de su enfermedad, se les realizaron las mismas preguntas que en el apartado de “dieta antes de la enfermedad”.

El consumo de frutas fue igual antes que después de padecer el cáncer: el 83,33% de las encuestadas consumía frutas 4 o más días a la semana; un 8,33% de 1 a 3 días por semana y el 8,33% restante, menos de 1 día/semana. El consumo de legumbres y cereales tampoco varió en esas dos etapas: el 75% consumía legumbres y cereales de 1 a 3 días/semana y el 25% de 4 a 7 días/semana.

En el resto de grupos alimenticios sí que hubo variación entre las dos etapas. En el consumo de **verduras** se nota un aumento ya que, aunque el porcentaje de mujeres que indicó consumir verduras menos de un día por semana fue también del 0%, fueron más mujeres (un 83,33% frente a un 66,66% anterior) las que indicaron consumir de 4 a 7 días por semana verduras después del cáncer, mientras que sólo el 16,66% reconoció ingerirlas de 1 a 3 días/semana. Por tanto, el consumo de verduras aumentó tras la enfermedad.

En la ingesta de carnes rojas no se aprecia mucha variación. El número de mujeres que indicó consumir menos de 1 día/semana este tipo de carnes fue

mayor (8,33% frente al 0% anterior); pero al igual que antes de la enfermedad, el 25% de las mujeres sigue consumiendo carnes rojas 4 días o más por semana. Finalmente, en la actualidad el 66,66% de las encuestadas consume carnes rojas de 1 a 3 días/semana. Por otro lado, el consumo de **carnes blancas** se ha reducido levemente, pasando del 25% al 16,66% de los casos el consumo de carnes blancas de 4 a 7 días/semana. El 83,33% indicó consumir actualmente estas carnes de 1 a 3 días por semana. Al igual que en apartado de antes de la enfermedad, se preguntaba a las encuestadas cuál era su modo de preparar las carnes, recibiendo esta pregunta la misma variedad de respuestas que en apartado anterior (frita, asada, plancha...), no registrándose, por tanto, variación alguna en la forma de preparación de las carnes.

En lo referente al **pescado**, también se ha registrado un ligero aumento de su consumo ya que, aunque su consumo 1 día o menos por semana sigue siendo el mismo (8,33%), son más mujeres las que consumen ahora 4 días o más pescado (41,66% actual frente al 33,33% anterior). El 50% restante consume en la actualidad pescado de 1 a 3 días por semana.

En la ingesta de productos en **conserva**, también se ha registrado una disminución en su ingesta, ya que el número de encuestadas que consumen estos productos 4 o más días por semana sigue siendo del 0%, mientras que el porcentaje que las consumen menos de 1 día/semana ha pasado del 25% al 41,66% actual. Por último, el 58,33% de las mujeres indicó consumir conservas de 1 a 3 días por semana.

Para finalizar, en el consumo de **sal** también se ha registrado una leve disminución, ya que ahora el 75% de las mujeres refiere ingerir las comidas con poca sal, frente al 25% restante que ha indicado ingerirlas saladas, mientras que antes de la enfermedad el 33,33% cocinaba con mucha sal.

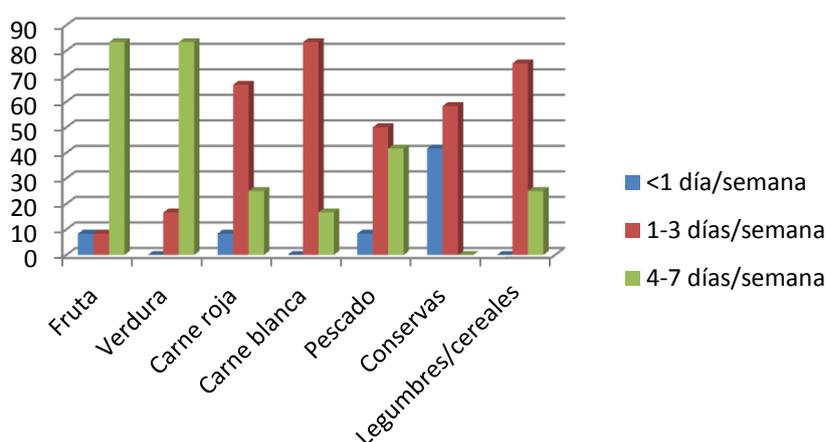


Gráfico 6. Consumo de alimentos después del cáncer. (%mujeres)

5. Enfermedad

La primera cuestión de este apartado hacía referencia a la calidad de vida antes, durante y tras la enfermedad. Se pedía a las mujeres que valoraran su calidad de vida del 1 al 10, siendo el 1 muy mala y el 10 muy buena. Para obtener la estadística, hemos agrupado las respuestas en los siguientes parámetros:

1-2: muy mala, 3-4: mala; 5-7: buena; 8-10: muy buena.

Antes de la enfermedad, el 41,66% de las mujeres tenía una buena calidad de vida y el otro 58,33% muy buena. Ninguna mujer (0%) indicó tener una mala o muy mala calidad de vida antes de la enfermedad.

Durante ella, el 25% de las mujeres consideró su calidad de vida como mala, el 58,33% buena y sólo el 8,33% muy buena. Ninguna mujer (0%) indicó haber tenido una muy mala calidad de vida durante la enfermedad.

Tras el tratamiento, el 66,66% de las encuestadas considera su calidad de vida como muy buena y el 33,33% restante como buena, mientras que ninguna mujer (0%) considera tener una mala o muy mala calidad de vida.

Observando estos resultados podemos ver que la calidad de vida que las mujeres refieren haber tenido empeoró durante la enfermedad y tratamiento, mientras que al superarla consideran que de la que gozan ahora es mejor que la que tenían antes de padecerla.

Por otro lado, en este apartado se realizaron preguntas para conocer cómo había afectado la enfermedad al entorno personal de las pacientes.

En cuanto al entorno familiar, el 58,33% de las encuestadas considera que su entorno familiar varió con la enfermedad, mientras que el 41,66% restante considera que no. Sobre el total, el 33,33% de las mujeres relata haber recibido más ayuda, el 16,66% una preocupación excesiva, y el 8,33% nerviosismo en su entorno.

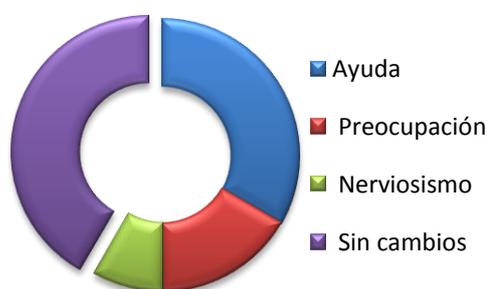


Gráfico 7. Cambios en entorno familiar (% mujeres)

La reinserción al mundo laboral no supuso un problema para la mayoría de las mujeres (91,66%), aunque debemos tener en cuenta que sólo el 25% de las

encuestadas trabajan. El 8,33% restante sí que refirió tener problemas para reinserirse en el mundo laboral debido a sus secuelas.

Finalmente, el 75% de las encuestadas cree que su vida de pareja no se vio afectada por la enfermedad, mientras que el otro 25% sí que lo cree. Sobre el total, un 8,33% consideró un problema adaptarse a los cambios físicos, otro 8,33% refirió haber recibido poco apoyo por parte de su pareja y otro 8,33% relató haber sufrido una gran tensión con su pareja.

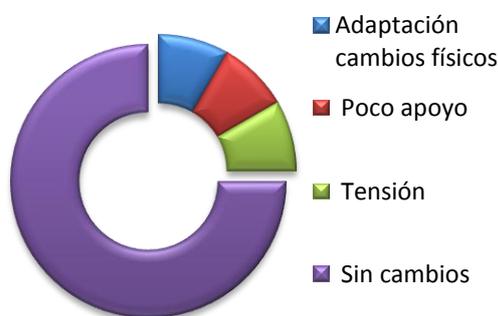


Gráfico 8. Cambios en la vida de pareja (%mujeres)

6. Tratamiento

Mediante el último apartado de la encuesta, el de tratamiento, tratamos de conocer los tipos de tratamientos a los que se sometieron las mujeres, cómo les afectaron y si recibieron ayuda psicológica para superarlos.

El 41,66% de las encuestadas indicó haberse sometido a quimioterapia, el 33,33% a radioterapia y el 25% a ambos. El 16,66% no padeció efectos secundarios, mientras que el 83,33% restante sí que los padeció. Los más indicados fueron caída del cabello (35%), astenia (20%), llagas (15%), sequedad en las mucosas (10%), molestias por el tratamiento (5%), catarro (5%), aumento de peso (5%), vómitos (5%).

Así mismo, en el 91,66% de los casos fue necesario el tratamiento quirúrgico, siendo estas intervenciones, sobre el total, histerectomía (8,33%), histerectomía + doble anexectomía (16,66%), mastectomía (8,33%), mastectomía+ linfadenectomía (16,66%), cuadrantectomía (25%), sin especificar (16,66%).

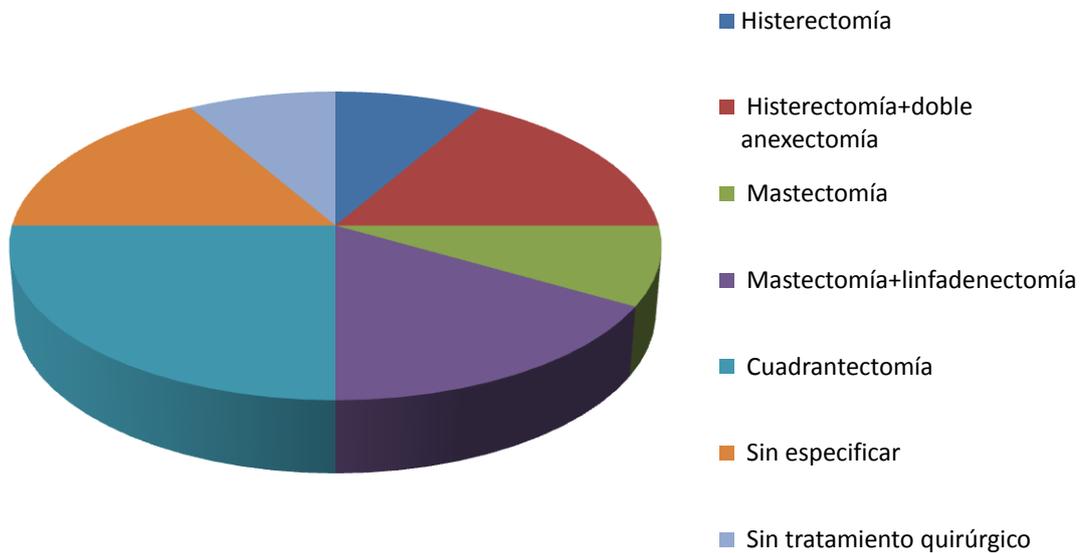


Gráfico 9. Tratamiento quirúrgico (%mujeres)

El 66,66% de las mujeres considera que su aspecto físico cambió, mientras que el otro 33,33% no lo considera así. Sobre el total, para el 58,33% sus cambios físicos supusieron un problema añadido a su patología, y sólo al 8,33% no le supuso otro problema más.

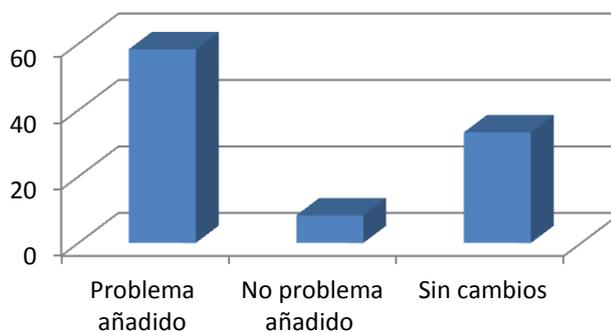


Gráfico 10. Cambios en el aspecto físico, ¿supuso un problema añadido?

En cuanto a la ayuda psicológica, sólo un 16,66% de las encuestadas la recibió, declarando todas ellas que la ayuda les fue favorable. Del mismo modo, sólo el 8,33% formó parte de un grupo de apoyo, siendo en todos los casos esa ayuda favorable.

Como pregunta final, se instó a las mujeres a que puntuaran la atención de enfermería que recibieron durante su enfermedad y tratamiento, siendo en el 100% de los casos valorada esta atención como muy buena.

AFRONTACIÓN PSICOLÓGICA. CAMBIOS EN LA MUJER.

DISCUSIÓN.

Una vez analizados y expuestos los resultados, compararemos los obtenidos con nuestro trabajo con otros estudios de distintos autores.

En primer lugar, si observamos los resultados de las edades obtenidos mediante nuestras encuestas, vemos que la mayor parte de los cánceres de las mujeres encuestadas se ha dado cuando estas contaban entre 56 y 70 años de edad. Como hemos indicado apartados anteriores, la edad media de diagnóstico de cáncer de mama es de 45 a 65 años; la de útero, más de 55 años; y la de ovario, aunque en nuestro caso no contemos con ninguna mujer, entre 45 y 75 años (2). Por lo tanto, podemos afirmar que la medida de edades de las mujeres encuestadas y la media nacional se corresponde.

El cáncer es una enfermedad en gran parte prevenible, ya que se considera que entre el 29,3 y el 40,6% de la incidencia de cáncer podría ser prevenible si se toman medidas en cuanto a la dieta, el control del peso y la actividad física (7), evitando así la activación de los oncogenes. En cuanto al IMC, numerosos autores establecen una relación entre el exceso de adiposidad y la incidencia de ciertas enfermedades, entre ellas el cáncer. Por ello, la dieta y la actividad física se convierten en factores clave para paliar las causas evitables más importantes del cáncer (16).

Varios proyectos, que han estudiado las costumbres alimentarias de distintos países, han observado una relación entre el cáncer de ovario y la grasa que se consume en la dieta. Según investigaciones preliminares, el consumo de grasa saturada, colesterol (como el del huevo) y grasas animales se relaciona con el riesgo de padecer cáncer de ovario. Al mismo tiempo, una dieta rica en grasas y proteínas animales puede incrementar el riesgo de padecer cáncer de mama y útero (endometrio) en un 66%. En el caso del cáncer de cérvix, además del contacto con el Virus del Papiloma Humano, también incrementa el riesgo de padecerlo el consumo de tabaco(7). Además, un estudio realizado por el *Lawrence Livermore National Laboratory* ha demostrado que cocinar la carne a la parrilla produce una serie de carcinógenos en la carne, siendo las más habituales las aminas heterocíclicas (HA), que se desarrollan por el efecto del calor en los aminoácidos y la creatinina de la carne. En general, cuanto más tiempo se cocina la carne y a temperaturas más elevadas, más aminas

heterocíclicas se producen. A la parrilla es el método más dañino, seguido de los fritos, mientras que al vapor, cocida o a la plancha se producen menos HA (12). Por su parte, nuestras encuestadas declararon cocinar la carne de muchas maneras diferentes, incluidas a la parrilla y fritas, aunque no podemos establecer una relación entre predisposición al cáncer por consumo de HA, ya que las respuestas recibidas fueron muy numerosas y variadas, siendo varias mujeres las que indicaron cocinar de todas las formas posibles, sin ser ninguna de ellas la más habitual.

Por otro lado, factores protectores que podemos introducir en la dieta han demostrado ser la fruta y la verdura en todos los tipos más comunes de cáncer, teniendo el tomate un efecto especialmente beneficioso en el caso de los cánceres de mama y cérvix; el pescado en el caso del cáncer de mama; fibra en el de mama y útero y las vitaminas A, C, E, B₁₂, calcio y selenio tienen efectos preventivos sobre la mayor parte de los cánceres (7,12).



Imagen 2. Pirámide nutricional mediterránea. Disp. en corrernoedecobardesiefrios.blogspot.com.es

Atendiendo a la pirámide nutricional, y a pesar de que en las mujeres que hemos encuestado se ha producido una ligera modificación de sus hábitos dietéticos, posiblemente fomentados en gran medida por los consejos dietéticos por parte de los equipos de salud (2,3), el consumo de frutas y verduras

sigue siendo menor al recomendado, ya que el 16,66% reconoció consumirlas 3 días o menos a la semana. En cuanto al consumo de grasas y proteínas animales también podemos afirmar que nuestras encuestadas las consumen por encima de lo recomendado, ya que el 25% sigue consumiendo carnes rojas (recomendadas para un consumo ocasional) más de 4 veces a la semana. Por todo esto, la dieta ha podido tener un factor predisponente para la activación de los oncogenes de estas mujeres, ya que su consumo de grasas y proteínas animales han sido, por lo general, superiores a lo recomendado. A su vez, el consumo de alimentos protectores, como pescado, frutas y verduras, antes de padecer la enfermedad, también se ha demostrado ser menor al recomendado y,

a pesar de que el consumo de estos alimentos sí que ha aumentado ligeramente tras la enfermedad, sigue siendo insuficiente como para considerar que la ingesta de alimentos que se consideran preventivos ante la mayoría de los cánceres puedan tener ese efecto preventivo de otros cánceres o recidivas en nuestras encuestadas.

Por otro lado, en nuestro trabajo hemos obtenido que el 33,33% de las mujeres padecían sobrepeso (IMC entre 26 y 30), y otro 8,33%, obesidad (IMC > 30). Observando los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad (11), vemos que la prevalencia media de sobrepeso en el País Vasco es del 28,4% en mujeres, y la de obesidad del 15,2%. La media nacional sitúa en 31,9% la prevalencia de sobrepeso y 16,3% la de obesidad. Por ello, podemos afirmar que nuestras encuestadas superan la prevalencia media estimada en el País Vasco y España de sobrepeso, pero se encuentran muy por debajo de esta media en cuanto a la obesidad. Por tanto, ateniéndonos a los estudios que revelan que un exceso de adiposidad predispone a padecer la mayor parte de cánceres, podemos afirmar que el 42% de nuestras encuestadas pueden haber visto aumentadas sus posibilidades de padecer el cáncer por este motivo, aunque el bajo número de encuestas realizadas y la falta de recursos para este trabajo no nos permiten establecer una relación clara.

En cuanto a los antecedentes personales, si bien es cierto que se han realizado estudios que podría probar un aumento de la incidencia de cáncer de páncreas en pacientes diabéticos, no se ha observado una relación directa entre la diabetes y los cánceres de mama, ovario y útero (podría darse una relación en cuanto a los mismos hábitos sedentarios y dietéticos, que pueden favorecer la aparición de ambas enfermedades). Así mismo, las alteraciones cardíacas y respiratorias tampoco parecen tener relación con los tipos de cáncer que investigamos en nuestro trabajo (9). Aunque en nuestro estudio no se haya dado el caso, en estudios recientes se han encontrado evidencias de que el antecedente personal de cáncer de ovario o de endometrio aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama y el antecedente de cáncer en una mama duplica el riesgo de tenerlo en la otra mama, además de haber padecido otro tipo de enfermedades benignas de la mama (14).

Sin embargo, se ha observado que las mujeres con diagnóstico de cáncer tienden a desarrollar algún tipo de trastorno psiquiátrico (6), siendo los trastornos

más frecuentes la depresión mayor y la ansiedad, así como alteraciones psicológicas y sociales (10).

REACCIÓN PSICOLÓGICA. IMPACTO EN LA VIDA COTIDIANA.

La asociación entre cáncer y síntomas depresivos es incierta y al respecto algunos autores manifiestan que se debe a una reacción normal del organismo a la enfermedad; otros la refieren como un síntoma propio de la enfermedad e incluso al tratamiento (17). Sea como fuere, se estima que entre un 16 y un 25% de los pacientes con cáncer desarrollan depresión, y un 48% presentan altos niveles de ansiedad. Los desajustes también pueden darse en las relaciones interpersonales a nivel familiar, de pareja y sexual y de reincorporación al puesto laboral. Los desencadenantes de un problema psicológico pueden ser muy numerosos, entre los que se encuentran el estrés psicológico, problemas biológicos, efectos secundarios de la medicación, reacción al tratamiento, incertidumbre sobre el futuro... (3). En los resultados de nuestras encuestas podemos ver cómo los estudios llevados a cabo por el *Emory* se corresponden con los resultados obtenidos en nuestras encuestas, ya que el 58,33% de las encuestadas refirió haber padecido algún tipo de trastorno psicológico después del diagnóstico de su enfermedad.

Con el empleo de los nuevos procedimientos y fármacos antineoplásicos, se ha logrado aumentar el tiempo de vida de las pacientes. Sin embargo, este aumento del tiempo de vida no viene acompañado de un cambio cualitativo en la manera como las pacientes llevan su enfermedad. Una manera de evaluar cómo las pacientes afrontan su enfermedad y cómo esta influye en sus capacidades mentales, físicas y sociales es a través de la calidad de vida. Se ha observado que las mujeres jóvenes tienen menor calidad de vida después del diagnóstico de cáncer (17). Asimismo, otro estudio muestra que las mujeres con cáncer de mama, dentro del rango de edad de 45 a 65 años de edad, no muestran mayor diferencia en la calidad de vida respecto a las mujeres sin cáncer de mama en este mismo grupo etéreo (17). Teniendo en cuenta que en más del 80% de las mujeres encuestadas para nuestro trabajo tienen entre 40 y 70 años, estos resultados podemos verlos reflejados en nuestras encuestas, ya que la calidad de vida percibida por las mujeres durante su tratamiento empeoró, aunque tras la enfermedad parece que su calidad de vida actual percibida es incluso mejor que antes de padecer el cáncer (el 100% de las mujeres indicó que su calidad de vida percibida después de la enfermedad era buena o muy buena).

Otro aspecto de los trastornos psicológicos en las mujeres con cáncer es el impacto que ha tenido esta enfermedad en su día a día. El 58,33% de nuestras encuestadas reconoció que su entorno familiar cambió con el diagnóstico, si bien estos cambios no siempre fueron para mal, ya que un 33% declaró haber recibido más ayuda. En cambio, otro 25% sí que relató que en su entorno familiar los cambios que se produjeron fueron perjudiciales: una preocupación y nerviosismo excesivos. Según un estudio llevado a cabo por la Asociación Española Contra el Cáncer (18), las mujeres habitualmente refieren irritabilidad, tristeza, nerviosismo y preocupación en los problemas relacionados con el funcionamiento diario, que aumentan si existen secuelas físicas derivadas del tratamiento, destacando las dificultades relacionadas con la vida familiar y social, el funcionamiento doméstico, el tiempo de ocio y el trabajo.

La red natural de apoyo (familia, amigos) frecuentemente se identifica como un recurso eficaz que influye de forma positiva en todo el proceso de crisis: una falta de apoyo social ha sido asociado con mayores niveles de ansiedad y una menor calidad en los pacientes con cáncer, por lo que actitudes de la red natural, consideradas por sus miembros como de apoyo y ayuda, pueden llegar a resultar negativas para el paciente. El mostrarse indiferente, el falso optimismo... en definitiva, una conducta proteccionista puede reducir la capacidad del paciente ante las situaciones de crisis. En el otro extremo, un exceso de atención sobre el enfermo habitualmente interfiere en su autoestima e independencia. Los sentimientos ambivalentes de esperanza y de muerte son comunes en el enfermo y en sus allegados. En este sentido, los profesionales de la salud debemos instruir a los cuidadores más próximos para prevenir estos acontecimientos e intervenir en estas situaciones. La familia es un recurso más para el equipo terapéutico, que puede constituir un soporte afectivo fundamental para los pacientes de cáncer. En todo caso, su aceptación o rechazo de la enfermedad, condiciona las respuestas del paciente. En los grupos familiares con crisis no resueltas antes del diagnóstico, la tensión psicológica y las relaciones se deterioran. Por el contrario, los hogares saludables proporcionan un apoyo eficaz para mantener un elevado nivel de calidad de vida, a pesar de las situaciones de cambios amenazantes (10), por lo que las pacientes pueden descubrir que se fortalecen las relaciones con sus seres queridos una vez que se supera el estrés que pasan durante el diagnóstico y el tratamiento (3).

Así mismo, la vida de pareja también se ve afectada. El 25% de las mujeres encuestadas reconoció haber sufrido cambios en la vida con su pareja, siendo estos cambios no sólo en el ámbito sexual, sino también en el emocional. En cuanto a las relaciones sexuales, estas se pueden ver afectadas por síntomas y consecuencias de la enfermedad, como la anemia y la anorexia, por los tratamientos utilizados, etcétera; pero sin duda, los factores de orden psicológico (creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos) tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual, considerándose los tumores que más afectan a la vida sexual en la mujer, entre otros, los investigados en este estudio: el de mama, útero y ovario (8). La pérdida situacional del deseo usualmente indica conflicto marital. Varios estudios sugieren que el diagnóstico del cáncer no produce trastornos maritales en las parejas felices, pero puede exacerbar conflictos ya existentes (8). Según la *Clínica Mayo*, los efectos secundarios sexuales más comúnmente informados entre las mujeres sobrevivientes de cáncer son dificultades para alcanzar el clímax, menos energía para el sexo, pérdida del deseo, dolor durante las relaciones sexuales, tamaño vaginal reducido y sequedad vaginal (8).

Además de las relaciones familiares, la reinserción laboral también se ha convertido en un problema para las mujeres supervivientes de un cáncer. De nuestras mujeres encuestadas el 25% son trabajadoras, y el 8,33% de las mujeres totales indicó haber tenido problemas para reinsertarse laboralmente, lo que quiere decir que un 33% de las mujeres trabajadoras tuvo problemas para volver a trabajar. Si a los problemas generados por las secuelas de los tratamientos (no reconocidos como discapacidad) se añaden al déficit propio del colectivo femenino en el ámbito laboral, la posibilidad de desarrollo laboral de las mujeres diagnosticadas de cáncer se complica en gran medida. Dicha panorámica se convierte en insostenible en aquellos casos en los que las mujeres tienen una edad superior a 45 años, cargas familiares, insuficientes recursos económicos, carencia de cualificación profesional y empleos precarios antes del diagnóstico de la enfermedad (13). La *Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)*, a pesar de realizar campañas y proyectos en conjunto con Servicios Autonómicos de Trabajo para ayudar a las mujeres a reinsertarse laboralmente, en la actualidad sólo habla de una reinserción laboral del 62,5%.

Por otro lado, el cambio del aspecto físico que se da durante la enfermedad supone un problema añadido a la patología en el 58,33% de las mujeres que encuestamos. Con frecuencia el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el

aspecto físico de las personas que lo padecen. Estos cambios pueden ser temporales, como la caída del cabello, las alteraciones en la piel, en las uñas o los cambios de peso; otros, serán permanentes, como los efectos de algunas cirugías (cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría, linfedema). Algunos afectan únicamente a nivel estético mientras que otros conllevan además una incapacidad funcional. Se ha observado que estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal, a un deterioro en la percepción de la imagen corporal y suelen ir acompañados de un gran impacto emocional, colocando a la persona en una crisis con una alta vulnerabilidad psicológica (6). En el caso de las mujeres con cánceres de mama, útero y ovario, en un gran porcentaje de los casos, además de soportar los cambios físicos derivados del tratamiento, tienen que afrontar la pérdida de unos órganos que históricamente y culturalmente están ligados a la femineidad, teniendo un gran impacto sobre la imagen corporal (15).

Por todo lo dicho, además de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos que son necesarios para acabar con el cáncer, queda manifiesta la necesidad de acompañar a esos tratamientos médicos con tratamiento psicológico. Aunque una mujer sobreviva a la enfermedad, su entorno familiar, de pareja, su vida sexual, su imagen corporal, incluso la calidad de vida percibida en mujeres jóvenes se ven profundamente afectados, hecho que origina que más de un 58% de las mujeres que formaron parte de este estudio hayan padecido, en mayor o menor medida, enfermedades psicológicas tras el diagnóstico de su enfermedad. Teniendo en cuenta que situaciones de ansiedad y/o enfermedades depresivas pueden tener un efecto negativo en la recuperación de las pacientes, es imprescindible que estas reciban ayuda psicológica coadyuvante durante su enfermedad y tras ella.

Observando los datos obtenidos en nuestras encuestas, vemos que sólo el 16,66% recibió ayuda psicológica, considerando esta como favorable para su recuperación. Los grupos de apoyo también fueron calificados como favorables, aunque sólo el 8,33% de nuestras mujeres formó parte de uno de ellos.

Los grupos de apoyo, auto-ayuda o de ayuda mutua constituyen uno de los más recientes recursos de apoyo social desarrollados para hacer frente a las secuelas psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad grave y crónica como es el cáncer. Este tipo de terapia parece tener una gran efectividad, en cuanto a beneficios emocionales (por la vinculación con otras mujeres que han padecido o padecen una situación similar) y beneficios

prácticos e informativos (5). A pesar de que existen evidencias de que asistir a un grupo de auto-ayuda ayuda a detener la progresión del tumor y mejora las tasas de supervivencia, es cierto que casi todos los estudios realizados en este ámbito han demostrado que los pacientes obtuvieron, al menos, un beneficio psicológico significativo por asistir a este tipo de terapias (3).

CONCLUSIONES

Una vez finalizada la investigación, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- La dureza del agua no parece tener relación con la incidencia de cáncer de mama, útero y ovario en los diferentes registros poblacionales, aunque no se descarta que otras sustancias de los ríos sí que pudieran tener relación o que la dureza del agua intervenga como factor predisponente para otros tipos de cánceres.
- No existe relación directa entre los antecedentes personales de diabetes y enfermedades respiratorias y cardíacas con los cánceres de mama, útero y ovario.
- La dieta constituye un factor preventivo demostrado en la mayor parte de cánceres. Mantener una dieta rica en vitaminas, frutas y verduras previene la aparición del cáncer, mientras que una dieta rica en proteínas y grasas animales los favorecen.
- Un gran porcentaje de mujeres sufren trastornos psicológicos tras el diagnóstico, por lo que su recuperación física puede verse afectada.
- Además del estrés causado por la enfermedad, la vida de las mujeres se ve afectada en el ámbito familiar, de pareja, laboral, o incluso su imagen corporal.
- Es necesaria la atención psicológica como tratamiento coadyuvante para las mujeres con cáncer, y esta debe ser potenciada desde los Servicios de Salud, ya que sólo un 16% de nuestras encuestadas la han recibido.
- Los grupos de auto-ayuda pueden favorecer a las mujeres emocionalmente y prácticamente, ya que reciben de primera mano información y experiencias de mujeres que han pasado o están pasando por la misma situación que ellas.



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Leioako Erizaintzako
Unibertsitate Eskola
Escuela Universitaria
de Enfermería de Leioa

ANEXO I

ENCUESTA: EL CÁNCER Y SU IMPACTO

Mediante esta encuesta, dirigida a mujeres barakaldesas de todas las edades que han padecido o padecen algún tipo de cáncer, pretendemos conocer cuál es el impacto que tiene en la vida de las mujeres el padecer esta enfermedad, no solamente en el aspecto físico, sino también en el psicológico.

Antes de que comiences a contestar a esta encuesta, garantizamos el anonimato de las respuestas, que se utilizarán únicamente para la realización del estudio. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si tienes alguna duda, puedes hacer preguntas en cualquier momento. Si alguna de las preguntas te parecen incómodas, tienes el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Gracias por tu colaboración.

a) DATOS PERSONALES

1. Edad actual: _____
2. Edad durante la enfermedad: _____
3. Lugar de nacimiento: _____
4. Lugar de residencia durante la enfermedad: _____
5. Situación civil:
 - Soltera - Pareja de hecho - Casada - Separada/divorciada -
 - Viuda

6. Estudios:

- Sin estudios (sin certificado escolar) - Estudios elementales/obligatorios(ESO)
- Formación profesional - Formación universitaria

7. Situación laboral:

- Desempleada - Ama de casa - Trabajadora - Jubilada

8. Peso: _____ kg. }
9. Altura: _____ m. } IMC: _____

b) HISTORIA MÉDICA

10. Antecedentes personales: ANTES y DESPUÉS de la enfermedad

	Antes		Después	
	SÍ	NO	SÍ	NO
Diabetes				
Alteraciones metabólicas				
Alteraciones vasculares				
Alteraciones cardíacas				
Alteraciones sanguíneas				
Enfermedades alérgicas				
Enfermedades autoinmunes				
Enfermedades renales				
Enfermedades respiratorias				
Depresión				
Otros trastornos psicológicos				

11. ¿Hay en tu familia antecedentes de cáncer? - Sí -No

- Parentesco (madre, padre, hermanos/as...):

- Tipo de cáncer: _____

c) HÁBITOS

12. ¿Fumas? - Sí - No

En caso afirmativo:

- Edad de comienzo: _____
- Nº de cigarrillos/día _____
- ¿Fumas actualmente? - Sí -No

En caso afirmativo:

○ ¿Hace cuánto tiempo lo dejaste?

13. ¿Bebes alcohol? - Sí -No

En caso afirmativo:

- Edad de comienzo: _____
- Frecuencia de consumo (días/semana): _____
- Tipo de consumo: -Con las comidas - Entre comidas -
Indistintamente
- ¿Bebes alcohol actualmente? -Sí -No

14. ¿Consumes drogas? -Sí - No

En caso afirmativo:

- Edad de comienzo: _____
- Tipo de droga: _____
- ¿Consumes drogas actualmente? - Sí - No

15. ¿Realizas habitualmente actividad física? - Sí - No

En caso afirmativo:

- Días/semana: _____
- Actividad que realizas: _____

d) DIETA

ANTES de la enfermedad

16. ¿Con qué frecuencia ingerías frutas? (días/semana): _____

17. ¿Con qué frecuencia ingerías verduras? (días/semana): _____

18. ¿Con qué frecuencia consumías carnes rojas (vacuno, cordero...)?
(días/semana): _____

- Modo de preparación de la carne (asada, frita, plancha...):

19. ¿Con qué frecuencia consumías carnes blancas (pollo, conejo...)?
(días/semana): _____

- Modo de preparación de la carne (asada, frita, plancha...):

20. ¿Con qué frecuencia ingerías pescado? (días/semana): _____

21. ¿Con qué frecuencia consumías productos en conserva? (días/semana):

22. ¿Con qué frecuencia consumías legumbres y cereales? (días/semana):

23. ¿Cómo solías tomar la comida? - Sosa - Salada -
Indistintamente

DESPUÉS de la enfermedad

24. ¿Con qué frecuencia ingieres frutas? (días/semana): _____

25. ¿Con qué frecuencia ingieres verduras? (días/semana): _____

26. ¿Con qué frecuencia consumes carnes rojas (vacuno, cordero...)?
(días/semana): _____

- Modo de preparación de la carne (asada, frita, plancha...):

27. ¿Con qué frecuencia consumes carnes blancas (pollo, conejo...)?
(días/semana): _____

- Modo de preparación de la carne (asada, frita, plancha...):

28. ¿Con qué frecuencia ingieres pescado? (días/semana): _____

29. ¿Con qué frecuencia consumes productos en conserva? (días/semana):

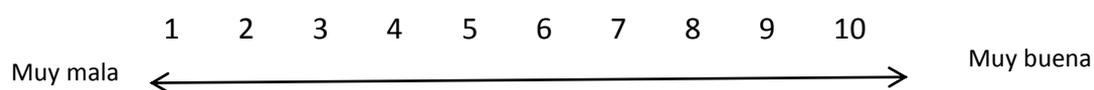
30. ¿Con qué frecuencia consumes legumbres y cereales? (días/semana):

31. ¿Cómo sueles tomar la comida? - Sosa - Salada -

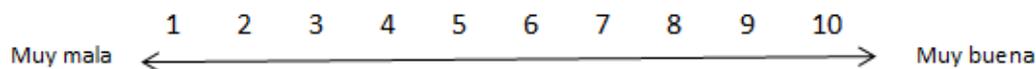
Indistintamente

e) ENFERMEDAD

32. ¿Cómo valorarías, del 1 al 10, tu calidad de vida antes de la enfermedad?



33. ¿Cómo valorarías, del 1 al 10, tu calidad de vida durante la enfermedad?



34. ¿Cómo valorarías, del 1 al 10, tu calidad de vida después de la



enfermedad?

35. ¿Consideras que tu entorno familiar cambió debido a tu enfermedad? - Sí

-No

- Si lo consideras oportuno, detalla brevemente esos cambios:

36. En caso de estar trabajando en el momento de tu enfermedad, ¿tuviste algún tipo de problema para volver a reinsertarte en el mundo laboral? -

Sí - No

- Si lo consideras oportuno, detalla brevemente esos problemas:

37. ¿Consideras que tu vida de pareja cambió debido a tu enfermedad? - Sí

- No

- Si lo consideras oportuno, detalla brevemente esos cambios:

f) TRATAMIENTO

38. ¿Qué tipo de tratamiento recibiste? - Quimioterapia - Radioterapia

- Ambos

- En caso de haber tenido algún efecto secundario, descríbelo aquí brevemente:

39. ¿Consideras que tu aspecto físico cambió? - Sí - No

- ¿Supuso para ti ese cambio físico un problema añadido a tu patología?

- Sí - No

40. ¿Requirió tu enfermedad tratamiento quirúrgico? – Sí - No

En caso afirmativo:

- Tipo de operación: _____

41. ¿Recibiste ayuda psicológica? - Sí - No

En caso afirmativo:

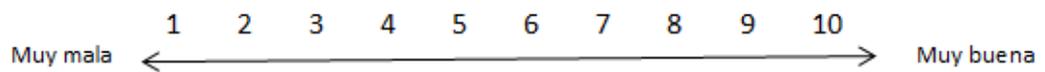
- ¿Consideras esa ayuda favorable? – Sí - No

42. ¿Formaste parte de un grupo de apoyo? - Sí - No

En caso afirmativo:

- ¿Consideras esa ayuda favorable? - Sí - No

43. ¿Cómo valorarías la atención de enfermería recibida durante tu enfermedad/tratamiento?



BIBLIOGRAFÍA

Documentos en formato digital:

1. Actualización Estratégica del Cáncer. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
2. www.aecc.es. Observatorio del cáncer.
3. www.cancerquest.org. Emory (Winship Cancer Institute).
4. www.consumer.es
5. Durá E., Hernández S. Los grupos de auto-ayuda como apoyo social. Boletín de Psicología, No. 78, Julio 2003, 21-39
6. Fernández A.I. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Univ. Complutense Madrid. Psicooncología Vol. 1, Núms. 2-3, 2004, pp. 169-180
7. González C.A., Agudo A., Argilaga S., Arniano P., Ardanaz E., Barricarte A., Larrañaga N., et al. Estudio prospectivo europeo sobre dieta, cáncer y salud (EPIC) y la investigación sobre dieta y cáncer en Europa. Anales Sin San(Nav.); 2001. Disponible en <http://lbe.uab.es/vm/sp/old/docs/tipos-estudios/cohorte-epic.pdf>
8. Grau J., Llantá M.C., Chacón M., Fleites G. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Rev Cubana Oncol 1999;15(1):49-65
9. Hernán Daza, C. La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. Colombia Médica, Colombia. 2002; Vol. 33 N° 2. Disponible en <http://www.bioline.org.br/request?rc02014>
10. Olmo M.R., De los Cobos F. Recursos para el afrontamiento emocional en el paciente oncológico. Revista de enfermería: EUE Cuenca; 1999. Disponible en <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/351>
11. Ortiz R., Miralles J. J., Serra L., Álvarez-Dardet C. Epidemiología de la obesidad y el sobrepeso en la población española: un estudio descriptivo a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2006. Univ. Alicante. Dep. Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia; 2013. Disponible en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/27675/1/MATERIAL_EDUCATIVO_O_Informe_Prevalencia_obesidad_Espana_2009.pdf
12. Rangel P. Dieta y cáncer. Radiobiología nº5. 2005; 114-119.

13. Río M., Cano C. inserción laboral en las mujeres después de un cáncer de mama: una ayuda a la integración social. Univ. Complutense Madrid. Psicooncología. Vol. 7, Núm. 1, 2010; pp. 143-152
14. Rodríguez S.A., Capurso M. Epidemiología del cáncer de mama. Mediagrapahic Artemisa, Ginecología Obstetricia: México; 2006
15. Rodríguez Y., Roselló J. Reconstruyendo un cuerpo: implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas. Rev. Puertorriq. Psicol. v.18 : San Juan, 2007. Disponible en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262007000100008
16. Vainio H, Bianchini F, eds. International Agency for Cancer handbook of cancer prevention. Weight control and physical activity. Lyon: IARC. 2002; vol 6. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12570341>
17. Valle R., Zúñiga M., Tuzet C., Martínez C., De la Jara J., Aliaga R., et al. Depressive symptoms and quality of life in breast cancer women. Anales de la Facultad de Medicina de Lima. Perú; 2006.
18. Yélamos C., Montesinos F., Eguino A., Fernández B., González A., García M., et al. Impacto del linfedema en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. Psicooncología: AECC; 2007. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303931>
19. Zabala Neira M.A. Dureza en aguas de consumo humano y uso industrial, impactos y medidas de mitigación. Estudio de caso: Chile. Univ. Chile. 2006; 16-17.

Documentos en formato papel:

20. Belcher, Anne E. Enfermería y cáncer. 1º ed. Barcelona: Mosby/Doyma libros; 1996.
21. Flórez Lozano, José Antonio. La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. 1ª ed. Barcelona: EdikaMed; 1994