

PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DOMICILIARIO EN PERSONAS MASTECTOMIZADAS: ADAPTACIÓN - AFRONTAMIENTO¹

NURSING CARE HOUSEHOLD PROPOSAL'S IN MASTECTOMIZED PEOPLE: ADAPTATION - COPING

Mónica Gallegos Alvarado², Armida Rodríguez Salazar³, Esthela Murillo Ortiz⁴,
Eloísa Esquivel Rodríguez⁴, María de los Ángeles Alvarado Villa⁵

RESUMEN

Introducción: Cáncer de mama una amenaza para la salud a nivel mundial que constituye ya una prioridad, el cuidado de enfermería a personas con esta afección es fundamental, su acompañamiento en el perioperatorio y recuperación en el domicilio apoya la disminución de complicaciones y la adaptación a su situación, siendo la mastectomía un proceso quirúrgico agresivo, acompañado de consecuencias traumáticas, que requiere estrategias de afrontamiento adecuadas. **Objetivo:** Diseñar un programa de cuidado de enfermería que promueva estrategias de afrontamiento favoreciendo la adaptación y disminución de complicaciones. **Materiales y Métodos:** Se realiza estudio previo identificando prevalencia de diagnósticos de enfermería en mujeres mastectomizadas, se revisan y analizan planes de cuidado publicados en literatura nacional e internacional, se identifican los modos de adaptación afectados según los diagnósticos presentados, para concluir con la propuesta de cuidado domiciliario con apoyo de tipología de problemas de adaptación y taxonomía para enfermería. **Resultados:** Edades prevalecientes 20 a 45 años y de 45 a 60, 76% casadas, 81% sin impedimento para el cuidado en casa, la prevalencia de diagnósticos de enfermería en dos instituciones de salud es similar variando en sus frecuencias, los diagnósticos identificados frecuentemente son contemplados en los planes de cuidados publicados. Se distinguen alteración en los cuatro modos de adaptación, con base en la información se conforma el algoritmo de actuación como propuesta de programa de cuidado domiciliario. **Discusión y Conclusiones:** La elaboración de estudios exploratorios y el análisis lógico deductivo, permite una aproximación al fenómeno de estudio, y apoya la realización de programas de cuidados multidisciplinario. (Rev Cuid 2012;3(3):326-33).

Palabras clave: Servicios de Atención de Salud a Domicilio, Enfermería, Mastectomía, Adaptación Psicológica. (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer a threat to global health that is already a priority nursing care for people with this condition is essential, accompaniment in the perioperative and recovery at home supports the reduction of complications and adaptation their situation, being the aggressive surgical procedure mastectomy, accompanied by other traumatic, requiring appropriate coping strategies. **Objective:** To design a program of nursing care that promotes coping strategies favoring adaptation and reduced complications. **Materials and Methods:** We performed preliminary study identifying prevalence of nursing diagnoses in women with mastectomies, are reviewed and discussed care plans published in national and international literature, we identify the modes of adaptation affected by the diagnoses presented, concluding with the proposed home care supported by type of adjustment problems and taxonomy for nursing. **Results:** Age prevailing 20 to 45 years and 45 to 60, 76% married, 81% no impediment to home care, the prevalence of nursing diagnoses in two health institutions is similar varying frequencies, commonly identified diagnoses are listed in the care plans published alteration are distinguished in the four modes of adaptation, based on the information conforms algorithm performance as a proposed program of home care. **Discussions and Conclusions:** The development of exploratory and logical deductive analysis, an approach allows the phenomenon of study, and supports the implementation of multidisciplinary care programs.

Key words: Care Services Home Health, Nursing, Mastectomy, Psychological Adjustment. (Source: DeCS BIREME)

¹ Artículo Original de Investigación.

² Maestra en Ciencias de Enfermería. Doctorante de la UNT. Docente de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango. Departamento de Posgrado y Departamento de Pregrado. Correspondencia: E-mail: monokg91@hotmail.com

³ Maestra en Ciencias de Enfermería. Jefe de Posgrado de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

⁴ Maestras en Ciencias de Enfermería. Docentes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango. Departamento de Pregrado.

⁵ Jefe de Enfermería del Centro Estatal de Cancerología de la Secretaría de Salud del Estado de Durango. Artículo recibido el 21 de Septiembre de 2012 y aceptado para publicación el 12 de Noviembre de 2012.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer en el mundo se incrementa conforme aumentan las expectativas de vida del ser humano, de acuerdo a las recientes estimaciones de la Agencia internacional para la investigación del cáncer y de la Organización mundial de la salud (OMS). Aproximadamente 9 millones de nuevos casos de cáncer son detectados por año en todo el mundo. Siendo el cáncer de mama una de las principales preocupaciones de salud pública, por ser una enfermedad maligna en las mujeres y su principal causa de muerte (1,2).

En México, el cáncer de mama en las mujeres mayores de 25 años de edad reportó cuatro mil 440 defunciones y una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por 100 mil mujeres en este rango de edad, lo que significa un incremento de 9.7 por ciento en relación con el año 2000. En seis años aumentó un 28.5 por ciento, al pasar de tres mil 455 en el año 2000, a cuatro mil 461, en 2006; lo anterior significa que en promedio fallecieron 12 mexicanas por día, es decir, una cada dos horas (1-3).

En el norte occidente y centro del país en 2006, la mortalidad mostró variaciones importantes por entidad federativa. Diez estados entre estos, Nuevo León, Coahuila, Sonora y Tamaulipas concentraron el 50% de las muertes por esta causa, a pesar de que son estados que se consideran con mejores niveles socioeconómicos en México. En Durango en 2006 su incidencia estaba en 1.4-1.9%, y por el índice de casos se ubica en la media nacional; para las personas que lo padecen, sus familias y los servicios de salud representa un alto costo social y económico, por lo que implica su atención en el periodo de diagnóstico y tratamiento (1-3). En el campo de la organización y atención de salud, el cuidado profesional Domiciliario representa una posibilidad de crear un modelo consensado y armónico de organización y financiación entre los diferentes niveles del sistema de salud, procurando lograr el establecimiento y la consolidación de servicios que respondan adecuadamente a las necesidades de salud. Aprovechando eficientemente los recursos humanos y materiales de los servicios de salud e instituciones educativas, creando un espacio apropiado para la intervención y de manera más directa para el apoyo a la sociedad (4-6).

Cabe resaltar que el equipo de enfermería que trabaja con personas en tratamiento quirúrgico de mastectomía por cáncer tiene un papel fundamental teniendo en cuenta que la mama es un órgano externo que tiene la función de amamantamiento, imagen de femineidad y base de erotismo; Con lo cual la 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. A su vez la sombra amenazante de “cáncer”, le lleva a destruir ilusiones, esperanzas y futuro (7-10).

Es decir el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, generan situaciones de incertidumbre extrema

y de desequilibrio psicosocial en la mujer, representando para quienes lo padecen, un sufrimiento materializado de diferentes formas, alterando el estilo de vida de las mujeres sometidas a mastectomía, especialmente en la movilidad física que podría tener repercusiones importantes como el síndrome por desuso si no lleva una rehabilitación adecuada, así como 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 (11-14), afectando así en los cuatro modos adaptativos; físico-fisiológica, autoconcepto, dominio del rol e independencia de acuerdo al Modelo de Adaptación de Roy (MAR). El Modelo de adaptación de Roy nos habla de las modificaciones que realiza la persona para adaptarse a situaciones nuevas, buscando continuamente estímulos en su entorno, para el desarrollo de estrategias de afrontamiento y como paso último se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación, la cual puede ser eficaz o ineficaz. El profesional de salud tiene aquí un papel fundamental en el apoyo tanto en el periodo perioperatorio como en la preparación para su recuperación y disminución de las complicaciones, facilitando un afrontamiento adecuado que nos lleve un nivel de adaptación integrado a su nueva situación de salud, pero estas personas precisan ser orientados junto con sus familiares para que tengan una comprensión clara de los objetivos del tratamiento y de sus consecuencias (15-17).

Por lo que se considera importante relacionar el tratamiento quirúrgico de mastectomía por cáncer de mama, con la adaptación y afrontamiento, con el propósito de lograr de un nivel de adaptación integrado, en el cual se describen las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo para satisfacer las necesidades humanas. Una alternativa factible por costo-beneficio es el cuidado domiciliario, utilizando 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, apegándonos a los lineamientos contenidos en la NOM-041-SSA2-2009, y en el anteproyecto PROY-NOM-041-SSA2-2009. En el que se establece por primera vez, la atención psicosocial a las pacientes con cáncer de mama, así como criterios para los cuidados paliativos y rehabilitación para posibles secuelas, como es el linfedema (15-18).

Una asistencia continua y eficaz a la salud y bienestar de la persona en tratamiento quirúrgico de mastectomía, requiere diferentes niveles de intervención adecuados basados en lo que hoy es un objetivo inaplazable: “la atención integral de calidad, humanizada y oportuna” buscando la proximidad entre la gestión y la provisión de servicios, potenciando la acción local, reconociendo y apoyando la provisión de atención domiciliaria, multidisciplinaria, cuya relevancia está en alza en un contexto de progresiva demanda asistencial, de hecho, estos factores son los que en última instancia determinan

la calidad de la asistencia en programas específicos y la capacidad resolutoria de los problemas asistenciales (2,3). El propósito del estudio que se presenta fue diseñar un programa de cuidados de enfermería domiciliario para personas con mastectomía por cáncer de mama con base en el Modelo de Adaptación de Sor Callixta Roy (MAR) para contribuir a la adaptación y afrontamiento en su situación de salud y disminuir complicaciones postoperatorias, internamientos continuos y abandono de su tratamiento. Permitiendo contar con un programa de seguimiento institucional en beneficio de la sociedad en un problema de salud mundial.

El objetivo del estudio fue diseñar un programa de cuidado de enfermería domiciliario para personas con mastectomía por cáncer de mama, que propicie su adaptación y afrontamiento incidiendo en la disminución de complicaciones postoperatorias.

MATERIALES Y MÉTODOS

La propuesta de un programa de cuidado domiciliario en personas mastectomizadas basado en el modelo de Sor Callista Roy, se elaboró en 3 fases: la primera fase consistió en realizar dos estudios descriptivos, observacional, Prolectivo y transversal para conocer la prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas mastectomizadas por cáncer de mama, en dos instituciones de salud una para población abierta y una con personas derechohabientes. Bajo muestreo por conveniencia en 47 personas mastectomizadas. En la 2da fase: se realiza un análisis de la literatura científica comparándola con los resultados obtenidos en los estudios previos, distinguiendo los diagnósticos prevalentes tanto en la población de estudio como lo propuesto por la literatura nacional e internacional.

1.- Previa Autorización del comité de Investigación de La Facultad de Enfermería y Obstetricia de Durango se somete el protocolo al Comité de Ética del Centro Estatal de Cancerología de Durango, resaltando que la presente investigación se apega en lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2003). Considerada como investigación con riesgo mínimo según lo dispuesto en el artículo 11 de lo dispuesto en el Título II de la Investigación en Seres humanos Capítulo 1 Según la Resolución 008430 de Ministerio de Salud, que rige la Investigación en Salud de Colombia.

2.- Se analizan planes de cuidado publicados en la literatura nacional e internacional identificando modos de adaptación afectados según diagnósticos de enfermería relacionados con clasificaciones clínicas en los 4 modos adaptativos del Modelo de adaptación de Roy (MAR). Bajo el método de análisis lógico Se concluye con propuesta de cuidado domiciliario que incluye intervenciones específicas según la taxonomía

en cada modo adaptativo (19-22).

3.- Retomando los datos anteriores, se diseña un algoritmo como programa de cuidado domiciliario que se pueda llevar a cabo en el núcleo de la familia promoviendo las estrategias de afrontamiento que favorezcan la adaptación y disminución de complicaciones. Dicho algoritmo de actuación se estructura con base a las cinco etapas del método enfermero con el Apoyo de Taxonomía Internacional Diagnósticos enfermeros Definición y clasificación (NANDA) Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), Clasificación de resultados esperados de enfermería (NOC) y su relación con las clasificaciones clínicas de acuerdo al modelo de adaptación de Callista Roy, (tipologías de los problemas de adaptación comúnmente recurrentes en la persona y topología de los indicadores de adaptación positiva para la persona(16, 23-25).

RESULTADOS

La edad frecuente en las personas mastectomizadas es de 20 a 45 años y de 45 a 60, casadas en un 76% el 64% procedentes de la capital, y el 81% manifiesta no tener impedimento para el cuidado en casa, (Cuadro 1) la prevalencia de diagnósticos de enfermería identificados en dos instituciones de salud es similar variando en sus frecuencias (Cuadro 2) 14 de los diagnósticos identificados son contemplados en los planes de cuidados publicados, a nivel nacional e internacional, (Cuadro 3) distinguiéndose alteración en los cuatro modos de adaptación según los diagnósticos de enfermería relacionados con las clasificaciones clínicas de acuerdo al modelo de Adaptación de Callista Roy, (Cuadro 4) con base en la información se conforma el algoritmo de actuación como propuesta de programa de cuidado domiciliario. En la etapa de valoración se propone el uso de guía de valoración con base en el Modelo de Adaptación (MAR), que permitirá distinguir respuestas humanas, signos y síntomas clínicos manifestados por la persona en esta situación de salud, integrando la información para la detección de los problemas de adaptación comúnmente recurrentes en la persona con mastectomía por cáncer de mama, en la fase de Diagnostico se retomaron los diagnósticos y problemas que fueron detectados con mayor frecuencia en la primera y segunda fase de la investigación para cada uno de estos problemas identificados se desarrollo la etapa de la planeación, con el establecimiento de las metas esperadas e indicadores que van en relación y congruencia con el Diagnostico de Enfermería. Para la etapa de la Ejecución se utiliza la clasificación NIC donde se establecen las intervenciones y Actividades más adecuada que contribuyen a la implementación del programa de Cuidados de Enfermería domiciliario en personas mastectomizadas por cáncer de mama promoviendo su adaptación y afrontamiento. (Algoritmo).

Cuadro 1: Aspectos sociodemográficos de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama en dos instituciones de salud en el estado de Durango.

Aspectos Sociodemográficos	Frecuencia	Porcentaje
Edad en años cumplidos		
30 - 45	20	42,5
46 - 60	20	42,5
61 - 75	5	10,5
Mayores de 75	2	4,5
Estado Civil		
Casadas y Unión Libre	36	76
Solteras	7	15
Divorciadas	2	4,5
Viuda	2	4,5
Lugar de Procedencia		
Durango Dgo.	30	64
Municipios de Durango	17	36
Impedimento para cuidado en casa		
No	38	81
Si	9	19

FUENTE: Estudio de “Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas mastectomizadas” N= 47 personas.

Cuadro 2: Diagnósticos de enfermería detectados en pacientes con mastectomía por cáncer de mama.

Categorías Diagnósticas de enfermería	Institución Pública (CECAN) %	*Institución de Seguridad Social (ISSSTE) %
Conocimientos deficientes	93	90
Ansiedad	93	80
Temor	73	63
Déficit de auto - cuidado	75	80
Afrontamiento Inefectivo	70	60
Disposición para aumentar el bienestar espiritual	67	63
Riesgo de sufrimiento Sp.	73	15
*Desesperanza	20	25
Dolor	60	40
Baja autoestima situacional	67	60
Trastorno de la imagen C	67	67
Deterioro del patrón del sueño		63
Riesgo de infección	80	75
Riesgo de Síndrome de desuso/ Riesgo de lesión	60	75
Deterioro de la integridad	50	55
Deterioro de la Movilidad	40	40
Otros Diagnósticos de Riesgo		25

Fuente: Estudio de “Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas mastectomizadas” N= 47 personas.

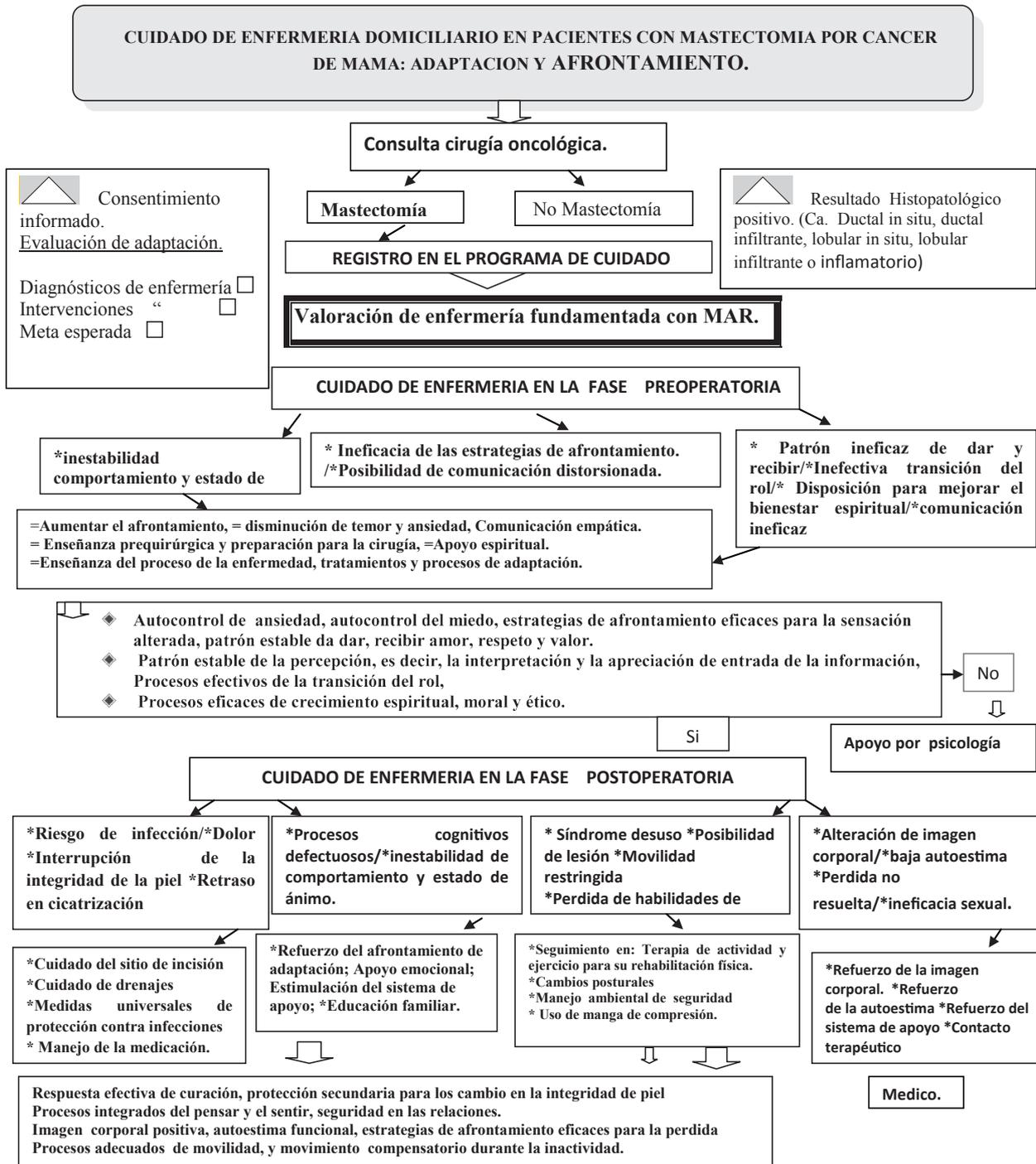
Cuadro 3: Diagnósticos de enfermería en personas mastectomizadas por cáncer de mama considerados en la literatura

Categorías Diagnósticas de enfermería	* Plan de cuidados de un Hospital	**Manual de DX de Enfermería	**Manual de DX de Enfermería	**Manual de DX de Enfermería
Conocimientos deficientes	Si		Si	Si
Ansiedad		Si	Si	Si
Temor	Si	Si	Si	Si
Déficit de auto - cuidado	Si			
Afrontamiento Inefectivo	Si	Si		
Disposición para aumentar el bienestar espiritual	Si			
Dolor			Si	Si
Baja autoestima situacional			Si	
Trastorno de la imagen Corporal	Si			Si
Riesgo de infección	Si			Si
Riesgo de Síndrome de desuso /Riesgo de Lesión	Si			
Deterioro de la integridad		Si		
Deterioro de la Movilidad	Si		Si	Si
Disfunción sexual		Si		
Otros Diagnósticos de Riesgo	Si			Si

Fuente: *Plan de cuidados estandarizado cáncer de mama del hospital Universitario puerta del mar, servicio andaluz de salud, ** Manual de diagnósticos de enfermería. ***Plan de cuidados de enfermería, ****Protocolo de atención de Enfermería del paciente oncológico.

Cuadro 4: Diagnósticos de enfermería en personas mastectomizadas relacionados con las clasificaciones clínicas de acuerdo al modelo de adaptación de callista roy (mar).

Modo físico - fisiológico	Modo auto concepto	Modo de desempeño del Rol	Modo de Interdependencia
Actividad y descanso			
Movilidad restringida, marcha y/o coordinación	Baja autoestima	Inefectiva transición del rol	Patrón ineficaz de dar y recibir
Síndrome de desuso	Alteración de la imagen corporal		
Protección		Conflicto en la función de intra e interrol	Comunicación ineficaz
Interrupción de la integridad de la piel	Ineficacia sexual		
Retraso en la cicatrización de la herida			Falta de seguridad en las relaciones
Riesgo de infección	Pérdida no resuelta		
Posibilidad de lesiones			Ansiedad por separación
Sentidos			
Pérdida de la habilidad de autocuidado			
Posibilidad de comunicación distorsionada			
Función neurológica			
Procesamiento cognitivo defectuoso			
Inestabilidad de comportamiento y estado de ánimo			



DISCUSIÓN

En el estudio titulado “Composionate care for the mastectomy patient”, el paciente con cáncer de mama es considerando porque enfrentan una serie de dificultades de adaptación a la vida, después de la cirugía, pudiéndole ayudar a estas personas a hacer frente a los aspectos físico, emocionales y psicológicos de la recuperación de una mastectomía, coincidiendo con nuestra propuesta de programa de “Cuidado de enfermería Domiciliario en personas con mastectomía por cáncer de mama: Adaptación-afrontamiento”. En el mismo estudio se comenta que el momento ideal para

empezar la Enseñanza y Educación a la persona con cáncer es antes de que se someta a cirugía y después del procedimiento, y coincide con algunos cuidados prioritarios como control de signos de infección, control de dolor, programa de Ejercicios, apoyo y consuelo, prevención de linfedema y otros, así mismo estos cuidados son similares a los abordados en planes de cuidado estandarizados (26,27).

CONCLUSIONES

La realización de la Investigación considerando estudios de tipo 1, como son los Descriptivos, exploratorios,

Documentales. Permite la aproximación al fenómeno de estudio y apoya la realización de programas de cuidado multidisciplinario, siendo una herramienta útil, el método enfermero de Proceso de Atención de Enfermería con sus Etapas Apoyado en la Taxonomía Internacional de enfermería, (Diagnósticos Enfermeros definición y clasificaciones (NANDA), clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC) y clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Implicaciones Teóricas: En la presente propuesta de Programa de Cuidado Domiciliario en personas mastectomizadas se toma como perspectiva teórica el modelo de Adaptación de Sor Callista Roy. Retomando su finalidad que es la Adaptación a situaciones nueva, buscando continuamente estímulos en su entorno para el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas y considerando a la persona como un sistema holístico y adaptativo con partes independientes actuado en unidad, y con la capacidad de adaptarse a estímulos que constituyen ambientes positivos que están en constante interacción con el entorno, estableciéndose que las enfermeras, pueden cumplir su objetivo de promover la adaptación de la persona como meta de enfermería en las cuatro áreas, (físico-fisiológica, autoconcepto, dominio del Rol e Independencia) Realizando dos tipos de acciones que son la valoración, cuyo fin es definir la situación del paciente en la salud-enfermedad y tratamiento y la intervención directa con el paciente, ayudándole a responder adecuadamente o con un nivel de adaptación integrado(16,28).

Implicaciones para Enfermería: Los modelos conceptuales crearon escenarios para el cuidado y articulan conceptualizaciones ideales para la práctica de la enfermería considerando el eje central de la enfermera como lo es el ejercicio de Cuidar; permitiendo la comprensión de la relación que tienen entre sí la salud, la enfermedad y la conducta humana en la disciplina de la enfermería. La propuesta considera no perder de vista la calidad humana que caracteriza al personal de salud permitiendo la integración al programa de Cuidado la participación del equipo multidisciplinario en el fortalecimiento de Actividades e Intervenciones más óptimas; contribuyendo a la educación de futuras enfermeras para el desarrollo de estrategias de enseñanza dirigidas a las personas para afrontar situaciones nuevas y mantenerse estables a pesar de las limitaciones

que pudieran tener. Enseñando a la población la forma de Adaptarse y mantenerse saludables, contribuyendo a generar una población responsable favoreciendo la adaptación individual y familiar sin depender excesivamente de los cuidados hospitalarios y por ende, conlleve a menores costos y mayores Beneficios para la sociedad y las Instituciones(16,28).

Sugerencias y Recomendaciones

Se debe hacer énfasis en que la propuesta de un programa domiciliario no constituye una Intervención o seguimiento obligatorio y de Implicación legal; por lo tanto su implementación 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, por lo tanto es adaptable y modificable a situaciones específicas desde la perspectiva y mejora continua en la calidad y seguridad de las personas en esta situación de salud.

Al implementarlo se sugiere evaluar la adaptación lograda con el Instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy, 2004, validado en población mexicana en pacientes con cáncer de mama, (ALFA.7969) (29). Y el estado de salud con evaluación de las metas de enfermería según los indicadores según la clasificación de resultados de enfermería. La población blanco será la persona con diagnóstico de cáncer de mama positivo programada a mastectomía, los usuarios del programa deberán ser profesionales de enfermería capacitados en atención a la persona con cáncer de mama y el modelo de adaptación de Sor Callista Roy.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a las instituciones de Salud y Educativas que con sus facilidades permitieron la realización del Estudio y continuación del mismo en el Centro Estatal de Cancerología y las facilidades otorgadas de la Facultad de Enfermería y Obstetricia ambos del Estado de Durango. Y al personal que allí laboran por su ayuda y disposición, a las pasantes de enfermería por su trabajo realizado dentro del proyecto, a nuestras familias por su apoyo y comprensión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agencia Internacional de Investigación del Cáncer; in: GLOBOCAN 2008. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
2. Secretaría de Salud. México. Programa de acción: cáncer de mama. 2007-2012.
3. Córdoba JA. Introducción. Programa de acción: cáncer de mama. 2007-2012. Secretaría de Salud. México. 2007.
4. Lifshitz A. Tendencias de la práctica de la medicina interna/Medicina Ambulatoria. *Med Int* 2002;18(3):153-4.
5. Guerra MR, Gallo CV, Mendoza GZ. Riesgo de cáncer en Brasil; tendencias y estudios epidemiológicos más recientes. *Rev. Brasileña de Cancerología*. 2005; 51(3):227-234.
6. Mitre-Cotta. R. M, Soares-Varela M. Lopez- Gonzalez A, Cotta-Filho J. S. La hospitalización domiciliaria antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev. Panam Salud Pública* 2001, 10(1):45-55. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000700007
7. Soto-Walter. G. El seno, prevención y cura del cáncer de mama. Buenos Aires, Arg. Del Nuevo Extremo. 2006 p. 64.
8. Gallegos M. Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*. 2008; 16(2): 99-104.
9. Holli K. Breast cancer [Internet]. Duodecim Medical Publications; 2006 [Consultado: 10/7/2009]. Disponible en: <http://ebmg.wiley.com/ebmg/>
10. Barbosa ICFJ, Fernandes AFC, Silva RM, Gurgel AH. Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2002; 10(2): 73-78.
11. Otto-Shirley E. Enfermería oncológica. Harcourt/océano. Vol. 1 España 2002. Pp. 111
12. American Cancer Society. Recuperado de: <http://www.cancer.org/> Consultado: Octubre, 2008.
13. Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris* 2005;5:117-35. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>
14. Melet A. Después de la mastectomía: la calidad de vida. *Rev. venez. oncol*. 2005;17(2):115-9.
15. Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación. Facultad de Enfermería. Universidad de la Sabana. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Rev. Aquichan*. 2002;2(2):19-23.
16. Roy C. The Roy adaptation model. Third Edition. Pearson Education. Inc. New Jersey 2009.
17. Duran-Villalobos MM. Teorías de mediano rango por qué para el cuidado importancia y utilidad para la práctica de enfermería. En: *El arte y la ciencia del cuidado*. Grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería de la UN.EDS. Bogotá: Unilibros. 2002 Pp 31-48.
18. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Secretaria de Salud 2002.
19. Servicio Andaluz de Salud. Plan de cuidados estandarizado cáncer de mama del hospital Universitario Puerta del Mar. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm2/puertadelmar/web/conocenos/atencion-integral-al-cancer>
20. Ackley B, Ladwig G. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. Séptima Edición. Elsevier España 2007. pp.109.
21. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Planes de cuidado de enfermería. Séptima edición, Editorial, Mc.Graw-Hill Interamericana editores S.A de C.V. México. 2008.
22. Instituto Mexicano del Seguro Social. Protocolo de atención de Enfermería del paciente oncológico. México. 2005.
23. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid, Harcourt, 2001:1-5; 194.
24. McCloskey LC, Bulechek GM (ed). Clasificación de las intervenciones de enfermería (CIE). Madrid, Harcourt, 2 ed, 2000: 22, 358-60, 737.
25. Johnson M, Mass M, Moorhead S (ed). Clasificación de los resultados de enfermería (CRE). Madrid, Harcourt, 2000:477.
26. Weaver C. Compassionate care for the mastectomy patient. *Nursing Made Incredibly Easy*. 2007;5(6):26-37. Disponible en: http://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/Abstract/2007/11000/Compassionate_care_for_the_mastectomy_patient.6.aspx
27. What is a nursing care plan and why is it needed? Disponible en: <http://www.rncentral.com/nursing-library/care-plans>
28. Duran-Villalobos MM. Aspectos conceptuales del cuidado de enfermería: Utilidad para la práctica y la investigación. Universidad Nacional de Colombia. 2000.
29. Barrientos-Galicia O. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Adecuada para población mexicana. Programa de Postgrado en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México. 2009.