

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ABANDONAN O YA NO CONTINJAN SU  
TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE  
SAMAYOA DURANTE LOS AÑOS DE 1993 A 1994.

TESIS

PRESENTADA A LA DIRECCION DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

POR

MARIA TERESA ELIZABETH, MORALES QUIRONEZ DE CANO

PREVIDO A CONFERIRLE EL  
TITULO DE TRABAJADORA SOCIAL

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIADA

Guatemala, agosto de 1996.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

RECTOR: Dr. Jafeth G. Cabrera F.  
SECRETARIO: Dr. Otto M. España M.

**AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

DIRECTORA: Licda. Gloria Rebeca Morán M.  
SECRETARIO: Ing. Hernán L. Cortés U.

**CONSEJO ACADEMICO**

**REPRESENTANTES DOCENTES**

LICENCIADA: Aracely Quiroa de Gómez  
LICENCIADA: Gloria Rebeca Morán M.  
LICENCIADA: Blanca Mercedes Aroche  
LICENCIADA: Amparo Meléndez López  
LICENCIADO: Roberto Alfonso Solís

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Maestra de Educación Primaria: Margarita de J. García C.  
Maestra de Educación Primaria: Edelmira Mendoza Pinelo  
Maestra de Educación para el Hogar: Claudia Lorena Alfaro  
Maestra de Educación para el Hogar: Lillian Noemí Lucas V.  
Bachiller en Ciencias y Letras: Sara O. Franco Tejeda  
Secretaría Comercial: Rosa Elena Barillas C.

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

DIRECTORA: Licda. Gloria Rebeca Morán M.  
ASESOR: Dr. Nery O. Zepeda Cambronerero  
REVISOR: Lic. Carlos F. Noriega C.  
COORDINADOR PROGRAMA DE LICENCIATURA: Lic. Edgar Flores González  
SECRETARIO: Ing. Hernán L. Cortés U.

"Los autores serán los responsables de las  
opiniones y criterios expresados en sus  
obras"

Artículo 11, Reglamento del Consejo  
Editorial de la Universidad de San Carlos  
de Guatemala.

Guatemala.  
16 de abril de 1996.

Señor Director  
Lic. César A. Estrada O.  
Escuela de Trabajo Social

Edificio:

Señor Director:

Atentamente me permito informarle que he concluido el proceso de asesoramiento del Trabajo de tesis titulado "PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ABANDONAN O YA NO CONTINUAN SU TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE SAMAYOA DURANTE LOS AÑOS 1993 A 1994".

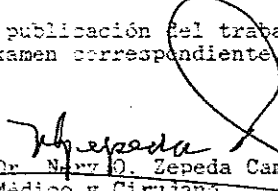
El trabajo de tesis aborda un tema de suma importancia para el Trabajador Social y se apoya en un marco teórico consistente en investigación bibliográfica y de campo a una muestra de treinta pacientes tomadas al azar, ubicadas en la ciudad capital y los departamentos.

Me complace comunicarle mi satisfacción por el trabajo realizado, de la señora T.S. María Teresa Elizabeth Morales Quiñones de Cano, al haber alcanzado los objetivos propuestos en el proyecto de investigación.

Los méritos más destacados de su trabajo me parecen: Que por su cuenta y riesgo emprendió un ensayo de aplicación metodológica, lo cual la señala, como una profesional con iniciativa y seguridad en si misma; así como haber incursionado en los campos de la medicina y lo social, saliendo adelante, cabe mencionar que el sistematizar su experiencia en un campo inusual, amplía y abre nuevos horizontes a la profesión, lo que hace recomendable la acuciosa lectura de ésta investigación.

Por lo anterior, recomiendo la publicación del trabajo, para que la ponente pueda someterse al examen correspondiente.

Atentamente:

  
Dr. Nery O. Zepeda Cambasero  
Médico y Cirujano  
Col. Activo 2115  
ASESOR



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
EDIFICIO 8-1, 8o. NIVEL  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
Guatemala, Centroamérica

Julio 30, 1996

Teléfonos:  
760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289  
Teléfonos Directos: 769590-769602  
Fax: 769590

Licenciada  
Gloria Rebeca Morán Mérida  
DIRECTORA-ESCUELA TRABAJO SOCIAL  
Presente.

Señora Directora:

Tengo a bien dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que el día de hoy he concluido el proceso de revisión-corrección del trabajo de Tesis, titulado "PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ABANDONAN O YA NO CONTINUAN SU TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE SAMAYOA DURANTE LOS AÑOS 1993 A 1994" presentado por la T.S. MARIA TERESA ELIZABETH MORALES QUIÑONEZ DE CANO, mismo que me fuera encomendado por el licenciado Edgar Flores González, coordinador del Programa Especial de Licenciatura, según nota Ref. PEL-023/96 del 23 de abril de 1996.

Considerando que el trabajo mencionado llena los requisitos exigidos por la Escuela, lo doy por APROBADO, recomendando se le otorgue la orden de impresión y se le fije día y hora para el examen de graduación profesional correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Carlos F. Noriega Castillo  
INVESTIGADOR-REVISOR  
AREA DE TESIS - P E L -

CFNC/edl.  
cc: Archivo.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



PEL-61/96

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

EDIFICIO 8-1, 2do. NIVEL  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
Ocotón, Guatemala

Julio 31, 1996

Teléfonos:  
760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289  
Teléfonos Directos: 769590-769602  
Fax: 769590

Licenciada  
Gloria Rebeca Morán Mérida  
DIRECTORA - ESCUELA TRABAJO SOCIAL  
Presente.

Señora Directora:

De manera atenta me dirijo a usted, adjuntándole para su conocimiento y efecto consiguiente, el INFORME FINAL de tesis: "PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ABANDONAN O YA NO CONTINUAN SU TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE SAMAYOA DURANTE LOS AÑOS 1993 A 1994", presentado por al estudiante T.S. MARIA ELIZABETH MORALES QUIÑONEZ DE CAMO.

El dictamen lo rindió favorablemente el licenciado Carlos F. Noriega Castillo, en el oficio No. 220-07/96.

Al agradecer su atención, quedo de usted deferente servidor.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Edgar Flores González  
COORDINADOR  
PROGRAMA ESPECIAL DE LICENCIATURA



EFG/edl.  
cc: Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

EDIFICIO B-1, 2º. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12

Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

760790-4 y 760985-06-88, Ext. 288-289

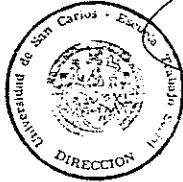
Teléfonos Directos: 769590-769602

Fax: 769590

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD DE SAN  
CARLOS DE GUATEMALA.-----

En vista de los dictámenes favorables que anteceden del Doctor Nery O. Zepeda Cambronero y del Licenciado Carlos F. Noriega Castillo, en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ABANDONAN O YA NO CONTINUAN SU TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE SAMAYOA DURANTE LOS AÑOS 1993 A 1994" presentada y elaborada por María Teresa Elizabeth Morales Quiñónez de Cano, previo a conferírsele el título de Trabajador Social en el grado de LICENCIADO, una vez haya sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los treinta y un días del mes de julio de mil novecientos noventa y seis.



"D Y ENSEÑAD A TODOS"

Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida  
Directora

GRMM/cdm  
c.c.:archivo

#### ACTO QUE DEDICO

- A DIOS: Ser divino que ha estado conmigo por los múltiples derroteros recorridos.
- A MI ESPOSO: Persona de nobles sentimientos que pudo apoyarme moral y económicamente, así como cariñosamente para que culminara la etapa propuesta.
- A MIS HIJOS: Edson y Jorge José, privilegio bello de vida quienes han estado siempre junto a mi en las buenas y en las malas.
- A MI NUERA. Gracias inmensas por haberme brindado a dos bellas nietecitas. Amanda María y María Fernanda a quienes amo con todo mi corazón.
- A MIS PADRES Y HERMANOS: Dios les bendiga por ser la familia que yo siempre quise tener.
- A MIS CUÑADOS Y SOBRINOS: Dios le ilumine para ser cada día mejores y que logren ver realizados sus deseos.



# INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	I
<b>CAPITULO 1</b>	
MARCO TEORICO CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ABANDONAN O YA NO CONTINUAN SU TRATAMIENTO	1
1.1 Patología del Cáncer	1
1.1.2 Perspectiva	1
1.2 Reconocimiento del Cáncer	4
1.3 La diseminación de las neoplasias	5
1.3.1 Tumores benignos	5
1.3.2 Tumores malignos	5
1.3.2.1 Invasión	5
1.3.2.2 Metástasis	6
1.4 El tumor primario como fuente	7
1.4.1 Células cancerosas circulantes	7
1.4.2 Embolización y trombosis	7
1.5 Teorías de la formación de metástasis	8
<b>CAPITULO 2.</b>	
<b>CARCINOMA DE MAMA</b>	10
2.1 Perspectiva	10
2.2 Epidemiología y etiología	11
2.2.1 Incidencia	12
2.2.1.2 Prevalencia	12
2.2.1.3 Mortalidad	12
2.3 Etiología	13
2.4 Detección diagnóstica	13
2.4.1 Definición clínica	13
2.4.1.2 La presentación típica	13
2.4.1.3 La detección temprana	14
2.4.1.4 La localización	14
2.4.1.5 La duración clínica	14
2.5 Procedimientos diagnósticos	14
2.5.1 Un cuidadoso examen de la mama	14
2.5.2 La mamografía	14
2.5.3 La detección masiva	15
2.5.4 Xeromamografía	16
2.5.5 La biopsia excisional	16
2.6 Clasificación	17
2.6.1 Histopatología	17
2.6.2 Estadío anatómico	18
2.7 Estudios para determinar el estadío	18
2.7.1 Palpación cuidadosa de la mama	19
2.7.2 La disección ganglionar de la axila	19
2.8 Principios de tratamiento general	19
2.8.1 El carcinoma de mama	20
2.8.2 La diseminación linfática	20
2.8.3 Las metástasis ocultas	20
2.9 Cirugía	20
2.9.1 La mastectomía radical modificada	21
2.9.2 La amplia escisión local	21
2.9.3 Las complicaciones de la mastectomía	21
2.10 La Radioterapia	22
2.10.1 La radioterapia postoperatoria	22
2.11 La Quimioterapia e inmunoterapia	22

2.11.1	La Quimioterapia Neoadyuvante	22
2.11.2	Estadio clínico III	23
2.11.3	Estadio clínico IV	23
2.12	La Quimioterapia Postoperatoria	23
2.12.1	Estadio clínico III	23
2.12.2	Estadio clínico IV	24
2.13	Resultados y pronósticos	25
2.14	Quimioterapia coadyuvante	26
2.15	Informe de la sobrevida a los diez años	27
2.16	Supresión inmunológica y aumento de metástasis de un tratamiento de radioterapia	27
2.17	Metástasis a la cadena ganglionar mamaria interna y recurrencias paraesternales	29
2.17.1	La localización medial del carcinoma primario	29
2.17.2	Tamaño de la lesión primaria	29
2.17.3	El Compromiso Axilar	29
2.17.4	El Estadio de la enfermedad	29

### CAPITULO 3.

#### ANTECEDENTES Y ORGANIZACIONES DEL HOSPITAL DE CANCEROLOGIA

DR. BERNARDO DEL VALLE SAMAYOA	31
3.1 Presentación	31
3.2 Servicio de apoyo	33
3.3 Patología	33
3.4 Citología	34
3.5 Equipo médico	34
3.6 Cirugia	35
3.7 Unidad III	35
3.8 Quirófanos	36
3.9 Radioterapia	36
3.10 Radioterapia de pacientes hospitalizados	37
3.10.1 Albergue	38
3.11 Medicina oncológica	38
3.11.1 Funcionamiento del departamento	39
3.12 Anestesiología	39
3.13 Laboratorio clínico	39
3.14 Consulta externa	40
3.15 Radiología	41
3.16 Especialidades	42
3.17 Servicio Social	43
3.18 Departamento de radiología, ultrasonido y mamografía	44
3.19 Cirugia menor	44

### CAPITULO 4.

#### LA PARTICIPACION DEL PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA

4.1 Trabajo Social	45
4.1.1 Definición	45
4.2 Funciones del profesional de Trabajo Social en el Hospital de cancerología	45
4.2.1 Niveles de acción	47
4.2.2 Trabajo Social a nivel individual	47
4.2.3.1 Trabajo Social a nivel grupal	48
4.2.4 Proceso metodológico	49
4.2.4.1 Investigación	50
4.2.4.2 Sistematización	50
4.2.4.3 Exposición	50
4.2.5 Enfoque del proceso del Trabajador Social del Hospital	

	de Cancerología con los pacientes con Carcinoma de mama, que abandonan su tratamiento	50
4.2.6	Resultados de acción	51
4.2.7	Relación del Trabajador Social del Hospital de Cancerología con los pacientes con carcinoma de mama, que abandonan su o ya no continúan su tratamiento	53
<b>CAPITULO 5.</b>		
<b>ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DE CAMPO</b>		56
5.1	Hipótesis planteadas	56
<b>CAPITULO 6.</b>		
<b>APORTES DE ELEMENTOS PARA LA ATENCION DE LA FAMILIA DE LOS PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ABANDONAN SU TRATAMIENTO</b>		80
6.1	Instituciones que deben intervenir en el problema de los pacientes con carcinoma de mama que abandonan su tratamiento	80
6.1.1	Sociedad y familia	80
6.1.2	Hospitales Nacionales	81
6.1.3	Hospitales privados	83
6.1.4	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	83
6.2	Programas y alternativas de acción del Hospital de Cancerología	85
<b>CONCLUSIONES</b>		90
<b>RECOMENDACIONES</b>		93
<b>BIBLIOGRAFIA</b>		96
<b>ANEXOS</b>		95

## INTRODUCCION

La realidad Nacional y su coyuntura, revela una mayor profundidad de la problemática que afecta en gran número a la población asumiendo múltiples expresiones agudizando conflictos y ahondando diferencias al interior de la sociedad guatemalteca. En estas circunstancias las instituciones por medio de las cuales se operativizan las políticas formuladas por el Estado, ponen en marcha nuevos programas o amplían los servicios o coberturas de los ya existentes, como respuesta a las exigencias de la realidad nacional compleja y contradictoria. Lo anterior en alguna medida amplía el campo laboral a diferentes profesionales, entre ellos el Trabajador Social, quien mediante su participación en estos programas, interviene en ciertos aspectos de la vida de la población beneficiada con los mismos, desarrollando así una acción educativa y de promoción social que la mayoría de veces se encamina exclusivamente, a dar respuesta satisfactoria a los requerimientos de las instituciones, limitando así, alcanzar los objetivos que la profesión de Trabajador Social exige.

Sin embargo la realidad guatemalteca exige del profesional en Trabajo Social un papel diferente que permita contribuir a elevar los niveles de vida, el acceso a la cultura y a la participación social organizada, de manera que las posibilidades que ofrecen las instituciones sean aprovechadas hábilmente para ampliar el espacio profesional y desarrollar la práctica con verdadero carácter científico.

La difícil situación económica que atraviesa la república de

Guatemala, obliga a que las familias escasamente logren sobrevivir, limitándose en la mayoría de ocasiones a cubrir las necesidades básicas: alimentación, educación, recreación y salud.

La salud determina el buen estado físico y mental del individuo; por lo que no se debe descuidar este aspecto, ya que de él depende el comportamiento de las personas ante la sociedad.

Nuestro interés en torno al trabajo de investigación, nos impulsa a plantear aspectos que vayan encaminados a mejorar la atención y sobrevivencia de los pacientes que han presentado problemas de cáncer de mama y a la vez sentirse apoyados moral y económicamente por el grupo familiar.

Ante la problemática que han presentado los pacientes con cáncer de mama, se plantearon los siguientes objetivos:

**OBJETIVOS:**

**A. Generales:**

1. Realizar una investigación que responda a los fines y objetivos de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
2. Aplicar los conocimientos teórico-metodológicos para que el profesional en Trabajo Social los aplique en la atención de los pacientes con cáncer de mama que ingresan al Hospital de Cancerología.
3. Investigar las limitantes que tienen los familiares de los pacientes con cáncer de mama que abandonan su tratamiento,

con el objeto de analizar sus causas y con ello lograr alternativas de solución al problema.

**B. Específicos:**

1. Analizar y conocer las causas que influyen en el problema del abandono del tratamiento de pacientes con cáncer de mama.
2. Investigar las causas del abandono de los pacientes con cáncer de mama en cuanto a su tratamiento como un problema social que presenta el Hospital de Cancerología.
3. Determinar la importancia de la participación del profesional en Trabajo Social en el problema del abandono del tratamiento de los pacientes con carcinoma de mama.
4. Conocer las relaciones sociales del personal médico, paramédico, Trabajadoras Sociales y administrativo del personal del Hospital de Cancerología.
5. Desarrollar los aspectos teórico conceptuales e históricos sociales para comprender y analizar ampliamente el problema del abandono del tratamiento de los pacientes con cáncer de mama.
6. Determinar los efectos socioeconómicos de las familias del área metropolitana enfocando su estructura y el riesgo social que presenta que los pacientes con cáncer ya no

continúen su tratamiento.

Estos objetivos fueron alcanzados en su totalidad ya que a través de los mismos se recabaron datos teóricos que permitieron conocer la realidad de vida que llevan los pacientes que presentan cáncer de mama, desde los aspectos económico, social y cultural.

Así también para realizar la investigación fueron formuladas las siguientes hipótesis:

1. El Hospital Nacional de Cancerología no cuenta con un número apropiado de profesionales en Trabajo Social para que atiendan la situación económica social de los pacientes que padecen de cáncer de mama y que abandonan su tratamiento.
2. Un 60% de los pacientes con cáncer de mama abandonan su tratamiento por falta de recursos económicos y un 40% debido a factores socioculturales, que no continúan su tratamiento.
3. El paciente está inmerso en una familia donde se ve influido por las costumbres, los ideales y los sentimientos, lo que conlleva a que les permitan o no a sus familiares con cáncer de mama a que decidan por ellos mismos si continúan o no su tratamiento.

Estas hipótesis fueron comprobadas al conocer que los pacientes con cáncer de mama se ven inducidos a abandonar su tratamiento por los problemas económicos, sociales, que no les permite

agenciarse de mejores ingresos económicos y con familiares que se responsabilicen de que los mismos continúen su tratamiento.

Para la realización del presente trabajo se elaboró una boleta de encuesta para un promedio de 30 pacientes con cáncer de mama ubicados en diferentes zonas de la ciudad, así como de algunos departamentos del país, además de se entrevistó a los profesionales de las diferentes disciplinas que laboran dentro del Hospital de Cancerología.

Estas técnicas y otras como la investigación documental permitieron obtener la información deseada y la operativización del método científico, partiendo del conocimiento de la problemática de las familias guatemaltecas en general y en particular las de los pacientes que padecen de cáncer de mama, lo que ha dado como resultado el presente estudio incluyendo el aporte de elementos para la atención de los pacientes con cáncer de mama y su familia, así como las conclusiones y recomendaciones que podrán ser utilizadas para la implementación de nuevas investigaciones.

Para lograr el propósito del trabajo de investigación se presenta el desarrollo en (6) capítulos.

CAPITULO 1: MARCO TEORICO CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ABANDONAN O YA NO CONTINUAN SU TRATAMIENTO.

Este capítulo permite conocer los elementos teóricos y las



principales causas que provoca el que las personas padezcan cáncer.

#### CAPITULO 2: CARCINOMA DE MAMA:

En este capítulo se analizan los principios generales del tratamiento del cáncer de mama, la diseminación temprana y las metástasis ocultas que con parte del tratamiento.

#### CAPITULO 3: ANTECEDENTES Y ORGANIZACION DEL HOSPITAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE SAMAYOA.

En este capítulo se presenta como está dividido el funcionamiento del Hospital y sus departamentos.

#### CAPITULO 4: LA PARTICIPACION DEL PROFESIONAL EN EL TRABAJO SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA.

Se pudo establecer que la participación del Trabajador Social es importante en la atención de los pacientes que necesitan de un tratamiento, la cual debe darse a través de la investigación social, la que permitirá establecer la clase de ayuda que los pacientes necesitan, dependiendo de su estado económico.

#### CAPITULO 5: ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

Este capítulo resume los resultados de la investigación de campo basados en las hipótesis planteadas, a través de una boleta que se pasó a una muestra de treinta pacientes con cáncer de mama, tomados al azar.

CAPITULO 6: APORTES DE ELEMENTOS PARA LA ATENCION DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ABANDONAN SU TRATAMIENTO.

Este capítulo contiene una propuesta de atención tanto a nivel de la institución como a nivel de otras instituciones.

Presentando alternativas de acción como: Reorganización del departamento de Trabajo Social del Hospital de Cancerología.

Finalmente se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones, así como la bibliografía consultada durante el proceso de la investigación.

Se espera que este trabajo de tesis brinde un aporte teórico a los profesionales que se inclinen por el tema de las pacientes con cáncer de mama, y que ello contribuya a motivar nuevas investigaciones en el abordaje de tan grave enfermedad.

## CAPITULO 1 MARCO TEORICO-CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ABANDONAN O YA NO CONTINUAN SU TRATAMIENTO

La economía de un país determina la estabilidad económica, social, cultural, educativa y la salud de sus habitantes los que en su mayoría no logran alcanzar el nivel educativo por carecer de medios económicos, siendo este factor esencial para que las personas que padecen de alguna enfermedad no pueda tratarse y/o continuar un tratamiento, en caso de contar con los medios para acudir a consulta médica.

En este capítulo se enfocarán los aspectos relacionados con la situación socioeconómica, la cual tiene sus implicaciones en las familias "urbano- marginales" o familias que residen en áreas precarias, que carecen de lo esencial para llevar una vida sana dentro del núcleo familiar, (padres, hijos y otros).

### 1.1 Patología del Cáncer

Para comprender al paciente con cáncer se debe entender la patología del mismo.

#### 1.1.2 Perspectiva

Entre las definiciones de cáncer tenemos:

1. Tejido celular en el que los mecanismos que controlan el crecimiento normal están permanentemente alterados, permitiendo su crecimiento progresivo.
2. Un grupo de enfermedades de causa desconocida, probablemente

múltiple que ocurre en todas las poblaciones humanas y animales, apareciendo en todos los tejidos compuestos por células con potencialidad de división.

3. También es conocida como "Enfermedad genética de las células somáticas, que resulta de la mutación de la célula previamente normal, en una nueva célula permanente maligna".
4. Una enfermedad de organización tisular, donde no existe la célula cancerosa total, si no células que se comportan de una manera que es definida arbitrariamente como cancerosa.
5. Una enfermedad espontáneamente autoagresiva de un tejido iniciada por una mutación genética, ocurrida por azar en una célula madre.

Hasta la fecha no existen definiciones universalmente aceptadas. La mayoría de las antiguas definiciones, consideran al cáncer como un crecimiento autónomo o irreversible. "La experiencia acumulada sobre los fenómenos de maduración y regresión espontánea tumoral, llevan a conocer que la irreversibilidad no es un rasgo esencial de los estados cancerosos"<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Burch PRJ: Classification and Staging of cancer by Site: Preliminary Hank Book American Joint Commite of Cancer Staging and End results Repontign. Chic, AJCCS, 1976 to be Publishend, 1977, pág. 452.

<sup>2</sup>. Richard F. Bakemejer, Cancer Facts And Fugures, 1974, New York; American Society, Pág. 11

Implicaciones importantes para la prevención y el manejo del cáncer humano, han sido recientemente descritos por numerosos investigadores.

Como ya se ha manifestado previamente, el diagnóstico y definición de cáncer, casi siempre depende el examen microscópico; sin embargo es de gran importancia recordar que la histología del cáncer, no es equivalente a la clínica del cáncer o al estadio lesional observado en un determinado paciente.

Más de 270 neoplasias humanas han sido reconocidas y definidas histológicamente pudiendo ser infinito el grado de variabilidad dentro de un sólo tumor; sin embargo es más importante reconocer que la enfermedad que llamamos cáncer se determina más por el permanente cambio del estado reactivo del huésped, que por las características histológicas de las células cancerosas del tumor. Es decir que existen tantas neoplasias como pacientes que las desarrollan. Por consiguiente el cáncer no debe ser mirado como una entidad nosológica, sino solamente como un término tradicional para descubrir un proceso neoplásico. El aspecto clínico de este proceso es casi infinito, yendo desde muerte rápida a regresión espontánea. Los síntomas y signos dependerán principalmente de la localización del tumor en cada paciente.

Debe ser enfatizado que el siempre cambiante medio externo e interno del huésped, juegan un papel muy importante en la iniciación o prevención del desarrollo del neoplasma. Una variedad de neoplasias pueden ser prevenidas si utilizamos los

conocimientos acumulados disponibles.

## 1.2 Reconocimiento del Cáncer

La corrección de la historia natal de cada enfermedad con el tipo de disposición celular visto a la microscopía de la luz ha permitido el reconocimiento empírico, la definición y la clasificación del cáncer. Aún el patólogo experimentado tiene ocasionales dificultades en el diagnóstico histológico del cáncer en forma especial cuando la hiperplasia se continúa imperceptiblemente con la neoplasia.

Sus colegas clínicos deben estar concientes de estas dificultades, debiendo estar dispuestos a proveer al patólogo toda la información clínica y de laboratorio necesaria, para que este interprete adecuadamente el proceso de cada paciente, el lugar donde se hará la biopsia debe ser relacionado, con gran precisión, facilitando así el diagnóstico. "En algunas neoplasias, sus características morfológicas pueden ser correlacionadas con su comportamiento biológico"<sup>3</sup>; por ejemplo un tumor maligno que se presenta bien delimitado, que tiene menos tendencia a diseminarse y matar al paciente, que un tumor de similar aspecto citológico pero con un margen infiltrativo y regular. La presencia de un gran número de linfocitos y/o células plasmáticas en la periferia de algunos tumores de los ganglios linfáticos regionales, puede relacionarse con un mejor pronóstico. Lo anterior sugiere la posibilidad, de que los

---

<sup>3</sup>. James AG, Cancer Prognosis Manual, Second Edition, New York, American Cancer Society Inc, 1966, Pág. 11

mecanismos de defensa inmunológicos estén involucrados en el proceso neoplásico. Estudios para utilizar el sistema inmunitario con el fin de controlar el cáncer, están llevándose a cabo en numerosas instituciones.

### 1.3 La Diseminación de las Neoplasias

#### 1.3.1 Tumores Benignos

Su forma de extensión es realizada a través de expansión en los tejidos vecinos con consiguiente atrofia de los mismos. Generalmente presentan una cápsula, pero no en forma invariable; Por ejemplo, las fibromatosis y la fascitis pseudosarcomatosa, carecen de cápsula.

#### 1.3.2 Tumores Malignos

##### 1.3.2.1 Invasión

Es más importante que la expansión para la diseminación, contribuyendo el primer paso al desarrollo de las metástasis, más importante aún, es la penetración en profundidades.

Los factores que promueven la invasión son:

- a) La velocidad de crecimiento: No es crítica para la diseminación, si lo es en el aporte de células para aumentar el tamaño tumoral. El aumento de la presión local puede jugar un papel en forzar el paso de las células cancerosas a

la circulación.

- b) La motilidad celular: Es necesaria para la diseminación, pero no es la causante de la invasión.
- c) Pérdida de cohesión: Puede ser identificada en células malignas, que al tener menos calcio y más carga eléctrica que las células normales y malignas, pueden tener considerable significado en el crecimiento de los tumores malignos.
- d) Pérdida de la restricción del crecimiento de los tejidos vecinos: La relación entre estroma y tumor puede tener importancia fundamental, necesitándose conocer mucho más al respecto.
- e) Elaboración de sustancias líticas: Tal vez sea este, el factor más importante en la invasión. "En varios cánceres han encontrado Hialuronidasa, proteasas y aminopeptidasas".

#### 1.3.2.2 Metástasis

Son crecimientos tumorales separados de la localización primaria. El crecimiento de una metástasis depende de que esta tenga adecuado medio para desarrollarse. Es por ello que a veces células tumorales permanecen latentes por muchos años. EL HECHO

---

\*. Wis L., Atlas Of Tumor Radiology. Vos Chicago, Year Book Medical Pub., 1971, Pág. 443



DE TENER CELULAS CANCEROSAS CIRCULANTES NO SIGNIFICA PRESENCIA DE METASTASIS.

#### 1.4 El tumor primario como fuente

Basado en estudios correlativos microangiográficos e histopatológicos, la vascularidad del tumor parece crecer como una neoplasia secundaria, su disposición es irregular y arquitecturalmente imperfecta, con una capa ocasional de células revistiendo el capilar o la pared del sinusoides. Puede ser una circulación abierta, similar a la médula ósea, y la necesidad de postular la "Invasión" de los vasos sanguíneos, sería este caso un concepto artificial.

##### 1.4.1 Células Cancerosas Circulantes

Numerosos estudios han demostrado una alta incidencia de células cancerosas en sangre venosa sistémica y se ha visto mayor incidencia en la sangre venosa regional, en particular luego de manipulaciones quirúrgicas. No se ha podido demostrar correlación definitiva entre la presencia de células malignas circulantes y el desarrollo ulterior de metástasis y/o sobrevida.

Una posibilidad es que el complemento actúe sobre las células circulantes donándolas de tal forma que no sobrevivan.

##### 1.4.2 Embolización y Trombosis:

El atrapamiento de las células cancerosas en la

microcirculación de otros tejidos y/o vísceras, es aparentemente similar a la embolización de partículas que son aprisionadas en una red de fibrina. Los agentes anticoagulantes en sistemas experimentales, ha prevenido el desarrollo de metástasis.

### 1.5 Teorías en la formación de Metástasis

#### 1) Teoría Mecánica

Según esta teoría, las metástasis se producirán en proporción directa al número de células que llegan a la circulación. Los cánceres del tracto digestivo tienden a dar metástasis en el hígado, debido a que drenan en la vena porta. En la localización y distribución de las metástasis, algunos factores tienen algún sobresaliente papel, tales como el pasaje trascapilar, la filtración de tamaño de la célula neoplásica en relación al volumen de los vasos, etc.

#### 2) Teoría de la afinidad Selectiva

El suelo más que la semilla determina la forma en que se distribuirán las metástasis. Algunas vísceras son mejores terrenos que otras para ciertos tumores por ejemplo, el tumor de Wilms tiende a metastatizar en los pulmones y en el neuroblastoma en la médula ósea. El hígado puede albergar células cancerosas provenientes de distintas localizaciones, al ser un órgano rico en metabolitos y el músculo esquelético por razones desconocidas, rara vez permite el crecimiento de metástasis.

### 3) Teoría de la Transformación

De acuerdo a esta teoría, genomas de ADM. penetran en las células del huésped, transformándolas en células cancerosas. "Esta es la teoría de menor aceptación, donde los factores inmunitarios podrían tener un papel de mayor importancia"<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup>. Pilot, Hc, Neoplasia, A Somatic Mutation of a Hereditary Change in Cytoplasmic Membranes, J. Nat. Cancer Institute, 1974, Pág. 14

## CAPITULO 2 CARCINOMA DE MAMA

### 2.1 Perspectiva

El carcinoma de mama es aún motivo de controversia; sin embargo, la solución de algunos conflictos referentes a este tema, están comenzando a emerger, debido a estudios clínicos realizados al azar por grupos cooperativos.

El cáncer de mama es el más común de los epitelomas en la mujer de raza blanca de más de 40 años de edad. A pesar de la frecuencia de esta enfermedad, los resultados publicados no han sido lo suficientemente convincentes para definir cuál es la terapia más adecuada, aunque la mastectomía radical continúa siendo el tratamiento más aceptado para los casos operables en estadios tempranos, algunos cirujanos piensan que este tratamiento es demasiado radical, y otros que no es lo suficientemente radical. El valor de la radioterapia curativa, particularmente en relación a esterilización ganglionar, permanece indefinido, sin embargo, aumenta el interés por la litectomía asociada o radiación postoperatoria, para casos de enfermedad localizada. Algunos estadistas afirman que ninguna de las formas de tratamiento ha afectado la sobrevida.

El uso de la quimioterapia coadyuvante en combinación con cirugía, para casos operables, se encuentra en periodo de investigación. La utilización de la monoquimioterapia, está demorando la aparición de metástasis y prolongando el intervalo libre de recaída. "La obtención de un mejor índice de sobrevida de toxicidadamina, dependerá de una mejor combinación de drogas,

y quizás de métodos de tratamiento en base a inmunestimulación"<sup>6</sup>.

El diagnóstico temprano con la introducción de métodos de pesquisa más efectivos y técnicas de imágenes, puede reducir la necesidad de los métodos coadyuvantes previamente mencionados. Más importantes aún es la prevención de la enfermedad, lo cual es hoy más factible, debido a la mayor comprensión entre los mecanismos patogénicos y carcinogénesis.

Es un proceso importante en el tratamiento del carcinoma de mama, la posibilidad de predecir una respuesta al tratamiento hormonal. Luego de haberse identificado receptores estrogénicos en las células del carcinoma de mama; "Según Rapp RR".<sup>7</sup> Los estudios correlativos han identificado a un grupo de pacientes que responden favorablemente a este tratamiento. Aunque las indicaciones para este tratamiento endócrino en el cáncer avanzado varían en los diferentes centros, existe más acuerdo que desacuerdo. El cáncer de mama abarca tantos aspectos sobre la problemática del cáncer, que es la localización ideal que el investigador obtenga sobre las enfermedades malignas.

## 2.2 Epidemiología y Etiología

"En la epidemiología las estadísticas sugieren un aumento en:

---

<sup>6</sup>. Edwin Savlov, Medicina Oncológica, Quinta Edición, 1978, Pág. 72

<sup>7</sup> Rapp. R.R: Virus

2.2.1 Incidencia: 72 por 100 mujeres (casos nuevos diagnosticados en un año dado).

2.2.1.2 Prevalencia: 100 por 100 mujeres (número de mujeres con enfermedad de un año).

2.2.1.3 Mortalidad: 27 por 100 mujeres (número de pacientes muertos por la enfermedad de un año dado)"<sup>6</sup>.

Algunos hechos curiosos que se han sustanciado. "El carcinoma de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer de hoy. Según las estadísticas latinoamericanas, una de cada 11 mujeres desarrolla cáncer mamario y mueren casi 40,000 por esta causa cada año y la tasa de mortalidad ha cambiado muy poco en los últimos 40 años. "La edad es el factor más importante en la frecuencia del padecimiento. Ya que 99% de estos carcinomas aparecen después de los 30 años de edad, la frecuencia entre los 40 y 50 años de ésta se acerca al 1.5% y se duplica a los 60 años"<sup>7</sup>.

a) Más frecuente en lado izquierdo que en el lado derecho,  
(relación 110 a 100)

b) Más frecuente en los cuadrantes externos que en los  
internos.

---

<sup>6</sup>. Marcus, P., Pseudomalignat Disorders, 236 Sastrg Oncol, 1974, Pág. 69

<sup>7</sup>. Erneter VL, The Epidemiology of Benign Breast Disease Epidemiol, Capitulo 21, 1981, Pág. 473

- c) Más común en mujeres que no han tenido niños.
- d) Bilateral sucesivo en un 4 a un 10% de los casos.
- e) Más común en la mujer que en el hombre (relación 100 a 1).
- f) Con mayor prevalencia en aquellos pacientes con historia familiar de cáncer (relación de 5 a 1).

### 2.3 Etiología

A pesar de estudios epidemiológicos intensos, y de conocerse la forma de distribución de este tumor, en la población no se ha evidenciado un factor causal común. Entre los factores etiológicos, se puede mencionar a los agentes etiológicos que son investigados, como: agentes virales, mecanismos hormonales y procesos inmunológicos, un estudio reciente, sugiere la posibilidad de que los estrógenos administrados en mujeres postmenopáusicas pueden contribuir al desarrollo de un cáncer de mama; en mujeres que son de alto riesgo.

### 2.4 Detección diagnóstica

#### 2.4.1 Definición Clínica

##### 2.4.1.2 La presentación típica

Es como un nódulo en la mama, que en estadios tempranos permanece aislado, móvil e indoloro. A medida que el cáncer avanza puede producirse fijación, retracción de la piel o del pezón, ulceración, dolor, eritema y pueden también aparecer adenopatias axilares palpables.

#### 2.4.1.3 La detención temprana

Esta depende el autoexamen de la mama por el paciente en intervalos mensuales y exámenes anuales por médicos.

#### 2.4.1.4 La localización

Esta se da en el 50% en el cuadrante supereoexterno, el 20% en el centro, el 10% en el cuadrante inferioexterno y el 20% cuadrantes internos.

#### 2.4.1.5 La duración clínica

Si el nódulo ha estado presente en la mama alrededor de un mes, la axila es positiva en aproximadamente el 50% de los casos. Si el nódulo ha estado presente en la mama durante 6 meses, los ganglios axilares serán positivos en una proximidad de 68% de los casos.

### 2.5 Procedimientos diagnósticos

#### 2.5.1 Un cuidadoso examen de la mama

Consiste en una palpación delicada en diferentes posiciones, transiluminación, búsqueda de adenopatías axilares, supraclaviculares, etc.

#### 2.5.2 La Mamografía



Es una técnica de detención que puede diagnosticar neoplasias no palpables, y está logrando aceptación general, desde su introducción. Más del 95% de los cánceres detectados por medio de la radiografía tienen enfermedad localizada. El rendimiento de esta técnica ha sido aproximadamente de dos a cuatro casos de cáncer de mama, por mil mujeres examinadas. "Una precisión que va de un 85% a un 92% ha sido reportada. El 95% de las mujeres que poseen cáncer detectado por medio de la mamografía alcanzan una sobrevida de 10 años"<sup>10</sup>.

### 2.5.3 La Detección Masiva

En mujeres mayores de 50 años de edad, podría ser un intento de pesquisa. Recientemente, el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) y la Sociedad Americana de Cáncer (ACS), estimulados por el temor de que los procedimientos radiológicos de pesquisa pudieran ser peligrosos, han logrado una reducción en la exposición a la radiación, mejorando las películas radiológicas. "En la práctica clínica los médicos eligen, por lo general, a grupos de alto riesgo para este estudio por ejemplo.

- a) Mujeres con historia familiar de cáncer mamario (madre o hermana).
- b) Pacientes que ya han tenido cáncer de mama (como seguimiento de otra mama).

---

<sup>10</sup>Farr, H., Et al, Primary Hyperparathyroidism and Cancer, Am J., Sug, 1973, Pág. 42

c) Mujeres con indicaciones tales como: Un nódulo, dolor, etc.<sup>11</sup>.

Otras indicaciones de la mamografía incluyen a mamas grandes o péndulas que son difíciles de examinar clínicamente y a mamas fibroquísticas luego de biopsias múltiples en las mujeres de 35 a 45 años que tengan una displasia fibrosa, se debe indicar una mamografía.

#### 2.5.4 Xeromamografía

Está disponible el aparato para realizar este procedimiento diagnóstico. Este examen puede facilitar la interpretación del diagnóstico; sin embargo, no es tan popular debido a su elevada exposición radiológica. La termografía ha tenido resultados desalentadores cuando se ha utilizado como coadyuvante o sustitutiva del examen radiológico; las imágenes falsas negativas y falsas positivas son numerosas.

#### 2.5.5 La biopsia excisional

Se recomienda la misma cuando hay tumores pequeños e incisión de lesiones mayores con biopsia por congelación. La biopsia contra lateral en el momento de la mastectomía, es advocada por algunos autores a causa de la incidencia del 10% de lesiones bilaterales simultáneas en el carcinoma de mama.

---

<sup>11</sup> Holland, JF, Frei 2da. ed Edition Philadelphia, 1977, Pág. 82

2.5.6 La biopsia por aspiración: Algunos cirujanos recomiendan esta biopsia, para ciertos tumores operables de mama y ganglios linfáticos positivos.

## 2.6 Clasificación

### 2.6.1 Histopatología

Se puede hacer una correlación clínico patológica basándose en el tipo y grado histológico.

"El 75% de los carcinomas de mama son ductuales. Su índice de curabilidad es casi igual al de los carcinomas lobulares infiltrantes medulares, coloidales, comedo y papilares (que sumados no alcanzan el 12% del total), tienen mejor pronóstico.

Esta diferencia no es lo suficientemente significativa como para cambiar el tratamiento de casos individuales. El carcinoma lobular "in Situ" es alarmante curable, al no ser invasivo"<sup>12</sup>.

"El grado histológico en el carcinoma de mama se basa en formación de túbulos hiperchromatismo; mitosis; irregularidad en tamaño y forma de coloración del núcleo y en cantidad de estroma fibroso. Estas características pueden dar información sobre el pronóstico. Un 25% de los carcinomas operables de mama muestra estructura regular, algunas mitosis e hiperchromatismo mínimo, y está asociado con un crecimiento más lento, teniendo una

---

<sup>12</sup>. Urban JA, Billaterality of Cancer of the Breast, Biopsy of the Opposite Cancer, 1967, Pág. 20

frecuencia menor de metástasis a los ganglios linfáticos. Los tumores de grado III son agresivos, Representan un 25% de las neoplasias operables de mama, son anaplásicos con escasa formación glandular y se caracterizan por pequeños grupos de células desparramadas a través de campos de fibroblastos reactivos proliferantes. Estos tumores muestran una desiminación linfática regional y hematológica abundante, aún cuando la lesión primaria es pequeña"<sup>13</sup>.

#### 2.6.2 Estadio Anatómico

La clasificación TNM actual para cáncer fue desarrollada en 1973. Según EDWIN SAVLOV esta presenta un acuerdo entre la AJCCS y la LUCC (2cm. y 5 cm.), y se relaciona con la ausencia de invasión y fijación a la fascia pectoral y al músculo. Una nueva categoría nodal y metastática es propuesta por un reporte reciente de la AJCCS.

#### 2.7 Estudios para determinar el estadio

"Los procedimientos a recomendar varían con el tipo de estadio que se está determinando; Clínico, quirúrgico y postquirúrgico o patólogo. Es importante la determinación de este último para decidir la terapia coadyuvante. El estadio patológico se basa en la evaluación patológica del primario en la mama de los ganglios linfáticos disecados.

---

<sup>13</sup> Rubin, P., (Ed.), Current Concepts In Cancer, Parts XX-XXV, Carcinoma of the Breast, Chicago, Am Assoc, 1974, Pág. 310

### 2.7.1 Palpación cuidadosa de la mama

Se debe determinar el tamaño de tumor primario la localización (que debe dibujarse en un diagrama); si existe fijación en la piel o fascia; número tamaño y movilidad de adenopatías axilares y supraclaviculares oscila entre un 20 y 30% de las falsas negativas.

### 2.7.2 La disección ganglionar de la axila

Esta se aconseja cuando se realiza una resección parcial o segmentaria del tumor primario"<sup>13</sup>.

### 2.8 Principios de tratamiento general

"La premisa básica, ha sido por muchos años, que la mayoría de los cánceres de mama se originan en un foco único que en un periodo no determinado se deseminan los ganglios linfáticos de la estación ganglionar más próxima y que penetran luego en la corriente sanguínea. En consecuencia el tratamiento primario consiste en hacer una mastectomía y/o irradiación del tumor y del drenaje linfático"<sup>14</sup>.

Esta premisa básica es actualmente desafiada por tres motivos.

---

<sup>13</sup>. Carbone, PP., Chemiotherapy in the Treatmen Strategy of Breast Cancer, 1975, Pág. 36

<sup>14</sup>. Fispatrick, PJ and Rider, wd, Hall boday Radiotherapy, Int. J. Radiat, Onc Biol, Phys, 1976, Pág. 197

### 2.8.1 El carcinoma de mama:

Puede ser multifocal en casi la mitad de los pacientes.

### 2.8.2 La diseminación linfática

"No necesariamente procede a la sanguínea. Evidencias recientes indican que las células tumorales pueden saltar a los ganglios linfáticos, pasar a través de ellos o invadir a la corriente sanguínea sin un tipo de involucramiento linfático"<sup>17</sup>.

Por tal razón es aparente que aunque el tratamiento local de la mama puede brindar otros índices de curación, ésta podría resultar también de mecanismos inmunológicos sistémicos. Las guías generales en el manejo de los distintos estadios del cáncer de mama (especialmente de los estadios I y II), tendrán en cuenta esos conceptos.

### 2.8.3 Las metástasis ocultas

Son más vulnerables a los agentes quimioterapéuticos que las metástasis clínicamente detectables.

## 2.9 Cirugía

### 2.9.1 La Mastectomía Radical Modificada

---

<sup>17</sup>. Fisher B., The Surgical Dilema in the Primary in Invasive Breast Cancer, A Current Problem in Surgery, october 1, 1970, Pág. 53

Para muchos cirujanos, la mastectomía radical modificada (dejando los músculos pectorales intactos), ha reemplazado a la mastectomía radical de Halstead. "La disección axilar en la mastectomía radical modificada es prácticamente igual que en la operación de Halstead"<sup>18</sup>.

### 2.9.2 La Amplia Escisión Local

Para carcinoma primario de mama por radiación ha sido informada en un número de estudios, pero por lo general no se recomienda debido a la posibilidad de enfermedad multifocal.

### 2.9.3 Las complicaciones de la mastectomía

Están relacionadas con el cuidado de la herida incluyendo desprendimiento de los colgajos y acumulación de suero debajo de los mismos. "Un injerto de la piel debe ser efectuado cuando existe tensión e isquemia de la piel de los bordes de la herida. El edema del brazo es visto en casi 2/3 de los pacientes que han tenido una mastectomía radical, una complicación de importancia pero infrecuente es la que produce la combinación de infección en la herida y radioterapia postoperatoria"<sup>19</sup>.

Con radioterapia de supervoltaje, la incidencia de complicaciones es menor al 1%.

---

<sup>18</sup>. Atkins, Seminary in Oncology, Breast Cancer, 1974, Pág. 85

<sup>19</sup>. Wang, CC and Griscom, N., Inflammatory Carcinoma of the Breast, Resulte Following Irradiation, Clin. Radiol, 1964, Pág. 168

## 2.10 La Radioterapia

### 2.10.1 La Radioterapia Postoperatoria

"Se indica cuando los ganglios axilares contienen tumor, particularmente cuando los ganglios axilares altos son positivos o si el tumor está localizado en la porción media de la mama (se recomienda dosis de 4,500 a 5,000 rds). Este tratamiento es altamente efectivo para prevenir recurrencias en el campo de irradiación, y a menudo se puede esterilizar de un 90 a un 100% de los casos en depósitos tumorales microscópicos en ganglios regionales no extirpados"<sup>20</sup>.

Debido a que la irradiación puede esterilizar depósitos tumorales ocultos en los ganglios linfáticos, numerosos radiooncólogos están explorando el papel de la irradiación postoperatoria luego de la mastectomía segmentaria o lumpectomía con cierto éxito especialmente para las lesiones T.T.,

## 2.11 Quimioterapia e inmunoterapia

### 2.11.1 La Quimioterapia Neoadyuvante

"Este tratamiento es el que se les da a los pacientes con estadios III y IV antes de cualquier tratamiento radioquirúrgico.

---

<sup>20</sup> Paterson, Rand Russell, MH, Part III Breast Cancer Clinical Trials in Malignant, Evolution of Postoperatoria Radiotherapy J., Fac. Radiol., 1959, Pág. 175



### 2.11.2 Estadío Clínico III

Se define cuando el tamaño del nódulo de la mama es mayor de 4 cm. o con ganglios positivos en la axila T<sub>3</sub>, N<sub>2</sub>, M<sub>0</sub>.

### 2.11.3 Estadío Clínico IV

Es el nódulo de la mama que mide más de 4 cm. o que cubre toda la mama y que tienen ganglios positivos más de dos y que tienen metástasis a otros órganos T<sub>4</sub>, N<sub>2</sub>, M<sub>1</sub>.

## 2.12 La Quimioterapia postoperatoria

"Esta se administra en pacientes con ganglios axilares positivos, a muchos pacientes se les está administrando por un lapso entre 18 meses a dos años, fenilalanina (LPAM) ó ciclofosfamida, metotrexate y 5-FU. Exceptuando a las mujeres premenopáusicas con cuatro o más ganglios positivos, este tratamiento permanece en investigación en mujeres postmenopáusicas"<sup>21</sup>.

2.12.1 Estadío Clínico III: (T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub> Y N<sub>2</sub>, N<sub>3</sub>) (cirugía criterios de inoperabilidad).

Haagensen Estableció "las contraindicaciones de la mastectomia radical. Esperándose un alto indice de recurrencias

---

<sup>21</sup>. Rubin, P. (Ed.), Introduction and Comment, Controlled Clinical Trials JAMA, 1967, Pág. 732

en éstos casos"<sup>22</sup>.

- 1) Edema extenso en la piel de la mama
- 2) Nódulos satélites en la piel de la mama involucrada.
- 3) Ganglios intercostales o paraesternales positivos
- 4) Edema del brazo
- 5) Metástasis supraclaviculares que han sido probadas por medio de biopsia.
- 6) Carcinoma inflamatorio.
- 7) Metástasis a distancia
- 8) Presencia de dos o más de los siguientes signos:
  - a) Úlcera de la piel
  - b) Edema de la piel de una extensión menor a 1/3 de la mama.
  - c) Ganglios axilares de más de una pulgada de diámetro en los que su positividad fue probada por biopsia.
  - d) Fijación de los ganglios axilares a la piel o estructuras profundas en la axila.

#### 2.12.2 Estadio Clínico IV: (Metástasis a distancia presente).

"El manejo del carcinoma diseminado de mama requiere la aplicación juiciosa de las distintas modalidades de tratamiento. Estas incluyen la terapia hormonal (ya sea ablación quirúrgica o farmacológica). Quimioterapia sistemática, radioterapia local y

---

<sup>22</sup> Citado por Fletcher, GH, Montague, E. and Nelson, EA, Combination of Conservative Surgery and Irradiation for of the Breast, Am. J. Roetgehol, 1976, Pág. 126

algunas veces cirugía paliativa de mama"<sup>23</sup>.

### 2.13 Resultados y Pronóstico

El valor de las diversas modalidades de tratamiento en el carcinoma de mama localizado, ha sido desafiado una vez más, lo anterior es particularmente cierto en el tratamiento de rutina o electivo de los ganglios linfáticos regionales. La base para tales argumentos, es la sobrevida del paciente no tratado. el análisis de Dalan. "Sobre 100 casos alcanza un porcentaje de sobrevida a los 5 años en un 22% y a los 10 años un porcentaje de sobrevida de un 5%. El estudio de Shimkin basado en diversos artículos, demuestra una sobrevida similar a los cinco años de alrededor de un 20%". Los resultados comparativos par series tratadas, son supuestamente mejores, si la sobre vida se mide desde la fecha del diagnóstico, y no desde la aparición de los síntomas. Una verdadera comparación de las series debe ser hecha cuando la edad, estadio, histología y tamaño del primario son iguales en algún punto; el cual es preferentemente, la fecha del diagnóstico. Una afirmación más correcta puede encontrarse en un estudio del Middlesex Hospital (Londres Inglaterra), en el cual se demuestra claramente la superioridad que ofrece el tratamiento; los pacientes fueron agrupados de acuerdo a grado tumoral"<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Fisher, B. Carbone, Pand Econom., 56 et al, Phensflalanine Primary Breast Cancer, N. Eng., 1975, Pág. 117

<sup>24</sup> Harris, E.J., Natural History of Untreated Breast Cancer, 1962, Pág. 294

## 2.14 Quimioterapia Coadyuvante

"Los informes preliminares de los grandes ensayos clínicos muestran que la quimioterapia coadyuvante, luego de cirugía, extiende el índice de supervivencia libre de recidiva; sin embargo, estos resultados son aplicados solamente a las pacientes premenopáusicas.

- 1) El CMF. (ciclofosfamida, metrotexate, 5-FU), Es un esquema de quimioterapia coadyuvante posterior al estudio del LPMA, y se basó en el concepto que sostiene un aumento de efectividad con la adición de agentes quimioterapéuticos a un nivel de toxicidad moderada.
- 2) El uso de CMF es un estudio llevado a cabo por Bonadona fue efectivo en pacientes con ganglios axilares positivos en mujeres pre o postmenopáusicas y el seguimiento promedio fue de un año.
- 3) Luego de tres años de iniciación del estudio con CMF, Bonadona muestra una mejoría definitiva en las pacientes menopáusicas, pero no en la postmenopáusicas<sup>29</sup>.
  - a) "La supervivencia absoluta a los cinco años en pacientes tratados con un programa de mastectomía radial, es el 50 al

---

<sup>29</sup> Bonadona, G. Presentes Status of CMF Adjuvant Therapy in Operable Breast Cancer, Int J. Radiat. Onc. Biol. Phys, 1977, Pág. 240

55%. Si se incluyen a todos los pacientes con cáncer de mama la sobrevida de cinco años es de aproximadamente de 38% ya que el 25% de los casos son inoperables en el momento del examen inicial. Un diagnóstico temprano (que es posible por autoexamen o por procedimientos de pesquisa), puede disminuir el número de pacientes incurables sin alterar el enfoque terapéutico actual.

- b) El cáncer de mama en el hombre tiene peor pronóstico que en la mujer<sup>26</sup>.

#### 2.15 Informe de la sobrevida a los 10 años

Los índices de sobrevida a los 10 años y/o 15, indican que atenuación uniforme con aparición tardía de enfermedad en la axila y la pared costal, tiene la misma frecuencia bajo distintos programas de tratamiento, y que las metástasis a distancia son exonerables con los mismos.

La evaluación verdadera de un método exige 10 años para considerar a un tratamiento "exitoso". Es importante aplicar criterios similares en la evaluación de la quimioterapia, cirugía y radioterapia.

#### 2.16 Supresión inmunológica y aumento de metástasis, luego de un tratamiento de radioterapia

---

<sup>26</sup>. Ibid

Stjernsward, ha teorizado que la linfopenia que ocurre luego de la irradiación está relacionada con la resistencia del huésped que contiene el tumor. Basándose en el análisis de casos esporádicos, este autor afirmó que la depresión mayor ocurre en los linfocitos T.

Estos resultados llevaron al Radiumhemmt Institute (Estocolmo, Suecia) a realizar un estudio clínico y al azar, en el cual se comparó los efectos de la radioterapia y de la cirugía, contra cirugía como una modalidad de tratamiento. La radioterapia local, administrada antes y después de la operación, reduce la cuenta de linfocitos periféricos a un 50%. Esta disminución compromete principalmente a las células B, que tardan un año en retornar a los niveles normales; por el contrario los linfocitos T aumentan. En el grupo irradiado, no se produjo aumento en las metástasis, ni disminución de la sobrevida durante el periodo comprendido entre los 18 y 36 meses posteriores al tratamiento. Las recurrencias locales fueron muy inferiores cuando se utilizó radioterapia pre o postoperatoria, a las de tratamiento. "Estudios estadísticos efectuados con diferentes tipos de pacientes y diversos esquemas de tratamiento radiante han demostrado un acortamiento en la sobrevida debido al aumento de enfermedad metastática"<sup>27</sup>. Sin embargo, estos estudios favorecen en forma selectiva al grupo quirúrgico, o no alcanzan los estandares de un estudio clínico al azar apropiado. Por lo tanto, los estudios de Stjernsward son absolutamente infundados y no son aceptados actualmente.

---

<sup>27</sup> Crichlow, RW, carcinoma of the male breast. Sur. Gyn. Obs. 1972, Pág. 134

## **2.17 Metástasis a la cadena ganglionar mamaria interna y recurrencias paraesternales**

"Un estudio reciente de Haagensen y colaboradores, observa que el riesgo de metástasis ganglionares en la cadena mamaria interna son:

### **2.17.1 La Localización Medial del Carcinoma Primario**

Cuadrantes mediales 18.7%; cuadrantes externos 17.1%; y cuadrantes centrales 43%.

### **2.17.2 El Tamaño de la Lesión Primaria**

Cuando el primario tiene 3 cm. la incidencia es del 16.3%; y si el primario tiene 5cm. la incidencia es de 39.4%".

### **2.17.3 El Compromiso Axilar**

Cuando la axila negativa, la incidencia es de 19.6% y cuando es positiva de 50.2%.

### **2.17.4 El Estadío de la Enfermedad**

En el estadio I, la incidencia es de 16.8%; en el estadio II la incidencia es de 31.3%; y en el estadio III la incidencia es de 40.2%.

Las recurrencias para-esternales son rara vez observadas

luego de la irradiación profiláctica de esta cadena de ganglios (ninguna fue observada en 200 casos tratados en esta forma en el Strong Memorial Hospital, Rochester, New York EE.UU.). Después de la cirugía radical, la aparición de un bulto característico localizado en uno de los tres primeros espacios intercostales, o el ángulo Xifoesternal, debe alertar al médico a considerar que esta lesión no se trata de una lesión metastásica a la piel. Si esta es la única recurrencia, la radiocurabilidad es posible con una supervivencia a los 20 años del 20%. La alta asociación de estas lesiones con ganglios mediastinales positivos (40%), explica su concomitancia con compresión vascular y consiguiente derrame pleural (a menudo con citología negativa), y obstrucción de la vena cava superior.



CAPITULO 3: ANTECEDENTES Y ORGANIZACION DEL HOSPITAL DE  
CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE SAMAYOA.

3.1 Presentación

Desde su fundación en 1969 el Instituto de Cancerología INCAN hoy Hospital contra el cáncer "Dr. Bernardo del Valle Samayoa", en honor a uno de sus más entusiastas fundadores, ha mantenido la mística de ayudar a los más necesitados que padecen del terrible mal del cáncer.

La Liga Nacional Contra el Cáncer, fundada en 1953 ha trabajado con el objetivo fundamental de la asistencia curativa y con ahínco logró el Hospital y sus dependencias: Radioterapia, Cirugía y años más tarde Quimioterapia.

Hoy después de 26 años, creemos que se ha alcanzado la categoría de un mejor servicio. El Hospital contra el Cáncer "Dr. Bernardo del Valle S." funciona con:

- Un aporte del gobierno.
- La ayuda de la Liga por medio de donadores altruistas, rifas y otros eventos de recaudación.
- El cobro de tarifas es adecuado a las posibilidades de los pacientes, desde el que no puede pagar, hasta el que con su pago, ayuda a los que carecen de medios, pero siempre manteniendo el Hospital la filosofía no lucrativa.

Ha sido propósito de la Junta Directiva de la Liga Nacional contra el Cáncer, mantener un concepto de metas logradas-

superadas, a fin de consolidar los proyectos y no dejarlos en simples bosquejos; es por eso que este quinquenio de los 90, la mejora en instalaciones y la adquisición de nuevo equipo especializado ha sido ascendente.

La relación de los directivos y su participación en congresos y convenciones, ha permitido que la Liga Nacional Contra el Cáncer de Guatemala y su brazo ejecutivo Hospital Contra el Cáncer "Dr. Bernardo del Valle S.", sea conocido en sus necesidades y proyecciones, ante Instituciones como la Comunidad Económica Europea (CEE), La Comisión Internacional de Energía Nuclear y algunas otras.

Guatemala es un país dependiente y subdesarrollado con elevado índice demográfico y tasas de mortalidad alarmantes, sumado a esto la falta de implementación de nuevas alternativas de lucha anticáncerosa por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, representa un reto permanente a la Liga. La actual junta directiva con el concepto promovido por las ideas expuestas en el último Congreso Centroamericano y del Caribe, ONCO "94", celebrado en San Salvador, El Salvador en diciembre pasado, integró un equipo de trabajo en el área preventiva a través de su programa de prevención, investigación y educación en Salud-PIENSA.

De acuerdo a las últimas disposiciones asistenciales en consenso con el ejemplo de otras instituciones hospitalarias que prestan servicio médico asistencial el Hospital cuenta con los siguientes departamentos:

PATOLOGIA, CIRUGIA, RADIOTERAPIA, MEDICINA ONCOLOGICA,  
QUIMIOTERAPIA-HORMONOTERAPIA, ANESTESIOLOGIA.

### 3.2 Servicios de apoyo

El Hospital de Cancerología al igual que otras asistencias sociales curativas cuentan con sus propios servicios de apoyo, para brindar una mejor atención a los pacientes que recurren al mismo.

El INCAN cuenta con apoyo de:

LABORATORIO CLINICO, RADIOLOGIA DIAGNOSTICA, ESTOMATOLOGIA,  
UROLOGIA, COLPOSCOPIA CRIOTERAPIA, SERVICIO SOCIAL-CAFETERIA,  
CITOLOGIA, CARDIOLOGIA, ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL, BANCO DE  
SANGRE-CONSULTORIOS.

### 3.3 Patología

La patología en el Hospital de Cancerología se compone de dos secciones:

- Anatomía Patológica y
- Citología

Además cuenta con:

- 3 médicos patólogos
- 2 técnicas de Histología
- 1 secretaria

Se proporciona mensualmente de 500 a 600 especímenes quirúrgicos con sus respectivos informes y se realizaron dos trabajos de investigación sobre: Tumor de Melanoma y Cáncer de Cervix.

### 3.4 Citología

Está integrada por:

- 1 médico Patólogo
- 2 médicos generales encargados de las tomas de muestras
- 3 secretarias citotecnólogas

### 3.5 Equipo médico

El equipo médico a utilizarse en la institución está compuesto por:

- 4 microscopios y
- 1 equipo de detección de papanicolau

Se efectúan aproximadamente 2,000 papanicolau al mes, siendo el 95% Cérvico Vaginal, el resto entre biopsias por aspiración y estudio de líquidos corporales. También se hace citología de secreciones de mama abdominales pleurales o de otra clase. Recientemente se está trabajando con el departamento de prevención la implementación de citología en mercados y áreas marginales.

Un alto porcentaje de las muestras son de pacientes externos a los cuales se les hacen estudios en la consulta externa o en las clínicas de tomas de muestras de la sección.

### 3.6 Cirugía

El departamento de cirugía se organizó de acuerdo al concepto de unidades de trabajo especializado, es decir:

Unidad 1: se encarga de la cirugía de cabeza y cuello, tumores de partes blandas, tumores de piel, tumores óseos. Unidad 2: Esta se dedica a la gineco-oncología.

### 3.7 Unidad 3: Destinada a:

- Gastro Intestinal,
- Mama
- Urología
- Linfomas
- Tórax
- Sistema Nervioso Central

Cada unidad está integrada por:

- 1 Médico jefe
- 1 Sub-jefe clínico
- 2 Médicos titulares
- 2 Médicos adjuntos
- 3 Médicos Residentes por Unidad
- 1 Enfermera Graduada para cada Unidad

**1 Consultorio por Unidad, para evaluación de pacientes a hospitalización**

El hospital dispone de cuatro salas de operaciones y efectúa un promedio de seis operaciones mayores y cuatro menores diariamente. Los pacientes postoperados son atendidos en una sala de recuperación dirigida por el médico Anestesiólogo y por dos médicos de recuperación entrenados para el caso.

**3.8 Quirófanos**

En los quirófanos se encuentran:

- 1 Enfermera graduada jefe
- 1 Hermana de la caridad de San Vicente de Paul
- 1 Enfermera Asistente
- 6 Auxiliares de enfermería, que actúan como instrumentistas especializadas
- 2 Auxiliares de enfermería que atienden el servicio de esterilización

**3.9 Radioterapia**

Este servicio cuenta con:

- 3 Unidades de cobalto 60
- 1 Unidad de terapia superficial con rayos X
- 1 Unidad de curietrón que corresponde a Braquiterapia con carga remota a distancia y carga diferida, con Cesio

137 en las unidades tradicionales

- 1 Médico jefe y 4 radioterapeutas
- 8 Técnicos en radioterapia externa
- 2 Técnicos

El departamento depende de la Dirección General de Energía Nuclear de Guatemala, adscrito al Ministerio de Energía y Minas quienes supervisan el control de calidad. Se trata de 130 a 140 pacientes diarios en curso de tratamiento, dura 50 minutos por paciente.

Para mayo de 1995 el Organismo Internacional de Energía Atómica efectuó una donación de una Fuente de Cobalto 60 de 7,000 Curie. Queda pendiente la adquisición de una nueva bomba de Cobalto y un simulador que obsequiará la misma Institución.

Como personal de oficina cuenta con:

- 1 Secretaria,
- 2 Enfermeras de radioterapia externa que atienden pacientes ambulatorios y Hospitalizados.

### 3.10 Radioterapia de pacientes hospitalizados

La misma se encuentra situada en las instalaciones del Hospital en el 3er. nivel y comprende:

- 1 Enfermera graduada

## 6 Asistentes de Enfermería con turnos rotativos

### 3.10.1 Albergue

Tiene capacidad para 24 camas, para los pacientes que son del interior de la república y que se encuentran en vías de estudio, para ser tratados oportunamente. Dicho Albergue es asistido por el patronato femenino de la Liga Nacional Contra el Cáncer.

### 3.11 Medicina oncológica

Dentro del tratamiento multidisciplinario contra el cáncer, la quimioterapia ocupa su lugar con la adquisición de drogas cada día más específicas para el tratamiento coadyuvante de algunos tipos de tumores, y gracias a la Farmacia de la Liga Nacional Contra el Cáncer, que cuenta con un surtido completo de quimioterápicos para afrontar las necesidades del caso. El departamento funciona con:

- 1 Médico jefe
- 3 Médicos oncólogos Quimioterapeutas
- 2 Enfermeras auxiliares
- 1 Secretaria

Existe el servicio de encamamiento de Quimioterapia ambulatoria y en algunos casos son ingresados los pacientes, según requiera el estado que presenten.



Se dispone de bombas de infusión para quimioterapia Intra Arterial o a dosis específicas según el tratamiento. Minimamente los pacientes son tratados en 6 ciclos a tiempos específicos, dependiendo de la enfermedad, y en algunos casos de pacientes de escasos recursos económicos, por medio de comités integrados, se subvenciona el tratamiento en su totalidad.

### 3.11.1 Funcionamiento del Departamento

### 3.12 Anestesiología

Comprende

- 1 Médico jefe Anestesiólogo,
- 3 Técnicos en Anestesia.

En estrecha relación con el Departamento de Cirugía, se evalúan los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente y con equipo moderno se da inicio al procedimiento anestésico con técnicas que proporcionan seguridad al paciente y efectividad para los grandes procedimientos quirúrgicos.

### 3.13 Laboratorio clínico

Comprende

- 1 Técnica en laboratorio encargada.

Funciona desde 1969 y también tuvo a su cargo el Banco de Sangre el cual se independizó como departamento, recientemente.

El laboratorio consta de 4 técnicos y 1 secretario. Efectúa aproximadamente unas 30 pruebas de laboratorio diariamente para servicio Intra y Extra Hospitalario y con servicios de emergencia que atiende internamente y al público en general.

Comprende 3 microscopios, equipos para Química Sanguínea contando con un Químico Biólogo encargado del control, calidad y funcionamiento del laboratorio.

El Banco de Sangre funciona desde hace 3 años con la asistencia de:

- 3 Técnicos en laboratorio
- 2 Estudiantes para obtener el título de especialidad en 1 año

Mensualmente se efectúa un promedio de 150 pruebas de laboratorio incluidas las pruebas del (HIV) "SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA" SIDA.

Próximamente se estará llevando a cabo el control de reactivos para laboratorio producidos por fabricantes de empresas comerciales.

#### 3.14 Consulta externa

Comprende:

- 1 Enfermera graduada encargada

- 8 Consultorios clínicos
- 3 Para la unidad 2
- 3 Para detección
- 1 Para la unidad 1
- 1 Para la unidad 2
- 8 Auxiliares de enfermería
- 3 Secretarías y 1 para archivar informes

Se cuenta con asistencia de:

1 Hermana de la Caridad de san Vicente de Paul y se atiende aproximadamente 150 pacientes diarios entre consultas y reconsultas.

El equipo médico para consultorio cuenta con lo indispensable para el trabajo médico y las instalaciones construidas recientemente.

### 3.15 Radiología

Esta integrado por:

- 1 Médico jefe de técnicos y supervisor
- 2 Técnicos en Radiología
- 1 Médico residente
- 3 Secretarías.

El equipo médico consta de:

3 Equipos de rayos X, que trabajan 4 horas diarias.

Se efectúan 20 procedimientos de radiología al día, que van desde radiografía simple, tórax, pielograma endovenoso y series gastroduodenales.

Recientemente se están realizando radiografías con la colaboración de médicos especialistas. Dentro de la actividad docente, se está entrenando (10) alumnos para técnicos en radiología.

### 3.16 Especialidades

Está compuesta por:

- 2 Enfermeras auxiliares
- 1 Grupo de médicos especialistas de las siguientes especialidades:
  - Cardiología
  - Colposcopia y criocirugía
  - Gastroendoscopia
  - Urología, dermatología
  - Cirugía plástica
  - Traumatología
  - Neurología
  - Otorrinolaringología
  - Neurocirugía

En equipo médico:

- 2 Electrocardiógrafos
- 1 Colposcopio
- 1 Criocauterino
- 1 Gastroscopio
- 1 Protosigmoidoscopio rígido con fuente de luz
- 1 Equipo de Cistoscopia y
- 1 Equipo médico en general

El servicio de especialidades, funciona como auxiliar del Hospital de cancerología así como el resto de estomatología que está dirigido por: 1 estomatólogo y un cirujano maxilofacial que ejecuta procedimientos de cirugía menor y procedimientos dental a los pacientes de la unidad de cabeza y cuello.

### 3.17 Servicio social

El trabajo social se inició desde el año 1969 y una de sus funciones es realizar entrevistas socioeconómicas a los pacientes para una clasificación de pagos con rangos desde el doble "A" (Exonerados) hasta el tipo "A" con tarifas más altas pero menores en comparación al resto de los servicios hospitalarios de la república.

En su organización cuenta con: 1 Trabajador Social, cuya función es investigar problemas de índole económico para la consecución de exoneraciones de pruebas de extensión como: Tomografías, Resonancias Magnéticas en centros especializados fuera del Hospital, no se efectúan visitas domiciliarias y no existe seguimiento para la gran mayoría de casos.

La trabajadora social, orienta a los pacientes en cuanto a los pasos que deben seguir dentro del Hospital.

### 3.18 Departamento de radiología

#### Ultrasonido y mamografía

Recientemente en 1993 se adquirió por donación del Dr, Mena un equipo con el cual se trataba en la clinica de Mamografía y simultáneamente otro de ultrasonido. El departamento comprende:

- 1 Médico jefe, Radiólogo especializado en Mamografía y Ultrasonido
- 1 Médico asistente.

### 3.19 Cirugía menor

Departamento compuesto por:

- 1 Médico jefe y una enfermera auxiliar, cuya función es efectuar procedimientos quirúrgicos a pacientes ambulatorios.

CAPITULO 4 LA PARTICIPACION DEL PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL  
EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA

4.1 Trabajo social

4.1.1 Definición

"Es una de las disciplinas de las ciencias sociales que en forma científica interviene en la problemática social a nivel individual, grupal y comunal derivada de la estructura económica social vigente, propiciando mediante la concientización y organización de los sectores mayoritarios su movilización y autogestión en la búsqueda de los mejores niveles de vida que les permitan el disfrute de su bienestar integral derivado de un proceso de promoción social constante que los involucre en la transformación social"<sup>24</sup>. La anterior definición se tomó en cuenta por considerarse que es una de las más completas de las actuales conceptualizaciones de Trabajo Social.

4.2 Funciones del profesional de Trabajo Social en el hospital de Cancerología

El profesional de Trabajo Social dentro del Hospital de Cancerología se limita a realizar actividades que no apoyan al proceso metodológico, ya que no se realiza un Trabajo Social científico sino que se enmarca como BENEFICENCIA, pues el mismo está limitado por las políticas institucionales del Hospital.

---

<sup>24</sup> Julio César Díaz Argueta, Documento de apoyo conceptualización de Trabajo Social, 1987, Pág. 4

El profesional de Trabajo Social tiene como una de sus funciones atender público que le es referido por los departamentos de Quimioterapia y Radioterapia, donde los médicos envían a los pacientes con el fin de que la Trabajadora Social logre conseguir personas altruistas que practiquen la filantropía y puedan ayudar en parte a iniciar un tratamiento o concluir el mismo ya que los tratamientos de Químico y Radioterapia son bastantes costosos y estos la mayoría de veces se encuentran fuera del alcance de los pacientes.

Otra de sus funciones es atender pacientes referidos por la administración y por la consulta externa, para que la Trabajadora Social brinde orientación respecto a los pasos que deben seguir las personas que acuden al Hospital con fines de iniciar un tratamiento, ser referidos a otras instituciones, conseguirles exoneraciones para otro tipo de exámenes como pruebas de extensión en TOMOGRAFÍAS, RESONANCIAS MARGNETICAS en centros especializados fuera del Hospital.

La Trabajadora Social dentro del Hospital coordina charlas de orientación a las pacientes con cáncer de mama las cuales son impartidas por profesionales especializados en la rama y personas que tengan a bien compartir experiencias personales con las demás. Estas reuniones se realizan una vez por mes con un promedio de 15 a 20 pacientes que estén presentes en el día de su consulta.

La profesional en Trabajo Social no realiza entrevistas socio-económicas a los pacientes, ya que esta función ha sido



delegada a otros miembros de personal (secretarias). Perdiéndose con ello una de las principales funciones que el Trabajador Social debe realizar en todo trabajo; siendo este un factor determinante para que no se continúe y/o haya un seguimiento al conocer las causas por las que los pacientes que inician un tratamiento ya no continúen con el mismo.

#### **4.2.1 Niveles de Acción**

Los niveles de acción que se aplican en el Hospital de Cancerología, se refieren específicamente al nivel individual y en mínima parte el nivel grupal, debido a que:

1. No existen suficientes profesionales para trabajar con los diferentes niveles de acción, por lo que una sola persona no es suficiente para abarcar más de un nivel por el número de pacientes que son atendidos.
2. Las políticas de la institución no permiten que la profesional en Trabajo Social logre realizar un Trabajo Social científico, pues se encuentra limitada a ejercer ciertas funciones que le son asignadas, sin poner en práctica el proceso metodológico.

#### **4.2.2 Trabajo Social a Nivel Individual**

Es un nivel de acción de Trabajo Social que mediante la aplicación del proceso metodológico orienta a personas a resolver y afrontar alguna situación o problemas que esté produciendo

conflicto de cualquier índole a nivel personal y/o familiar.

Este nivel es aplicado a los diferentes pacientes que son referidos de los distintos departamentos a las oficinas de Trabajo Social, con la finalidad de que la profesional entreviste a los mismos y logre orientarlos y ayudarlos a resolver pequeñas dudas.

Es de hacer mención que la Trabajadora Social no elabora informes sociales, ni realiza visitas domiciliarias por lo que los casos no reciben continuación.

La elaboración de estudios socioeconómicos requiere de todo profesionalismo y de la utilización del método científico, para que se trate de apegar a la realidad de los pacientes entrevistados, lo cual permitirá la toma de decisiones fundamentales en la vida socioeconómica del público atendido.

Según opinión de algunos profesionales de otras ramas dentro del Hospital, el Trabajador Social debe realizar su labor profesional con entrega de servicio ya que su decisión será determinante en la resolución de un caso que necesite o no de la ayuda socioeconómica para la hospitalización y/o continuar un tratamiento.

#### **4.2.3 Trabajo Social a Nivel Grupal**

Este nivel de acción tiene como objetivo primordial, orientar a los individuos que conformen o integren un grupo, para que haciendo uso de sus habilidades, puedan

resolver sus problemas individuales y grupales a la vez que se interesen, por proyectarse a su comunidad, lo que se logra en la medida que los grupos a los cuales pertenecen, eleven su grado de conciencia, como resultado de un proceso educativo simultáneo.

Dentro del Hospital de Cancerología no existe un profesional en Trabajo Social que realice el nivel grupal ya que dentro de la Institución solamente se cuenta con un Trabajador Social, el cual no es suficiente para trabajar con el nivel de grupos.

En ocasiones la Trabajadora Social coordina con otros profesionales del Hospital reuniones de índole informativo dirigidas a un grupo de pacientes que llegan a consulta, aprovechándose la situación para hacerse participar.

La conformación de grupos se hace necesario dentro del Hospital de Cancerología ya que a través de los mismos se puede lograr que los pacientes que padecen de Cáncer de Mama, afronten con mayor entereza y serenidad al ayudarse mutuamente en la resolución de cada uno de los casos presentados o dados a conocer.

#### 4.2.4 Proceso Metodológico

Se define como una serie de etapas que tienen como objetivo primordial, intervenir en una realidad concreta y objetiva en forma científica, de allí su relación con este método que no es más que el conjunto de procedimientos que permiten acercarse a la

parte los problemas que presentan los pacientes que son atendidos. Esta acción profesional no responde a los intereses del público ya que los mismos acuden a la Trabajadora Social con el fin de ser escuchados y que a la vez le sean solucionados sus problemas, presentando la mayoría problemas de índole económico.

El motivo por el cual la entrevista que realiza el Trabajador Social no responde favorablemente a los intereses del público se debe a que en la actualidad la misma se sujeta a escuchar y orientar a los pacientes para luego referirlos al departamento administrativo, con el fin de que allí los entrevistados logren en parte aliviar su situación (exoneraciones de pagos totales y/o parciales de hospitalización o tratamiento).

La Trabajadora Social atiende en forma esporádica el servicio de encamamiento con el fin de brindar orientación y/o informar a los pacientes, que soliciten el apoyo de la profesional. El asesoramiento consiste en enviar correspondencia a familiares, orientarles respecto al tratamiento que deben seguir y el costo del mismo, así como ayudarles emocionalmente cuando se enteran de la trascendencia de su enfermedad.

El profesional de Trabajo Social se relaciona con otros profesionales dentro del Hospital en forma esporádica ya que se da, cuando le son referidos pacientes con el fin de que la misma los oriente en cuanto a su situación presentada.

El profesional de Trabajo Social coordina una vez por mes

las reuniones de terapia a las pacientes con Cáncer de Mama que acuden a su cita. En esta reunión participan médicos del Hospital con colaboración de personas fuera del mismo.

La importancia del profesional de Trabajo Social dentro del Hospital es determinante en el sentido de recomendar a los pacientes que necesitan de apoyo económico social en cuanto a exoneraciones y o tratamientos de Quimioterapia y Radioterapia; así como dar a conocer a los pacientes que no necesitan de la ayuda económica y que se valen de filosofía del hospital, acudiendo al mismo, con el fin de ser atendidos como pacientes de escasos recursos económicos, trayendo ello como consecuencia, que las personas que más necesitan reciban menos por tener que cubrir a todos por igual.

Un aspecto muy importante que no puede pasar desapercibido es tomar en cuenta que el profesional de Trabajo Social dentro de cualquiera de las instituciones que esté ubicado debe intervenir en la problemática social y económica de las personas mediante la concientización, para que ellos autogestionen en la búsqueda de los mejores niveles de vida y les permita su bienestar individual y colectivo.

#### **4.2.7 Relación del Trabajador Social del Hospital de Cancerología de los Pacientes con Cáncer de Mama que Abandonan o ya no Continúan su Tratamiento**

El profesional de Trabajo Social que labora dentro del Hospital de Cancerología no tiene ninguna relación con los

pacientes que tienen cáncer de mama, debido a que solamente hay un Trabajador Social para atender a todos los pacientes que acuden al mismo por lo que se desconoce en su totalidad, si los pacientes, inician, continúan, y/o que finalizan su tratamiento, (pacientes con cáncer de mama).

Se considera que el Trabajador Social dentro del Hospital, está perdiendo su espacio a nivel profesional, debido a que no emplea el método científico, así como por tener que ajustarse a las políticas institucionales, que no le permiten desenvolverse con libertad en la toma de decisiones para trabajar en función de los pacientes.

Es conveniente que la administración del Hospital haga una reorganización en el departamento de Trabajo Social, para que pueda cubrir las diferentes áreas (Quimioterapia, Radioterapia, Consulta Externa, Servicio de encamamiento y parte de la administración). Todo ello con la finalidad de dar una mejor atención al público que acude al Hospital.

Considerando la dificultad de no poder contratar profesionales en Trabajo Social, se podría solicitar estudiantes de la carrera de Trabajador Social, que estén realizando la práctica de casos, ubicadas en las Universidades: Universidad de San Carlos de Guatemala y Universidad Rafael Landívar, de la Ciudad capital, con la finalidad de auxiliar a la Trabajadora Social titular del Hospital y así dar una mejor atención a los pacientes que tienen cáncer de mama y que ya no continúan su tratamiento; todo ello con el propósito de conocer las causas por

las cuales abandonan el mismo y poder brindarles una mejor atención.

## CAPITULO 5 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DE CAMPO

Este capítulo constituye la parte medular de la investigación social que se realizó, tomando como base dos de las hipótesis que se plantearon al inicio de la investigación.

La misma se realizó a través de la elaboración de una boleta de investigación la cual proporcionó, la información que al ser procesada permitió comprobar las hipótesis planteadas.

La boleta elaborada se pasó a un número de treinta pacientes con cáncer de mama que dejaron de asistir al Hospital Nacional de Cancerología y/o que ya no continuaron su tratamiento, con el propósito de obtener información de los mismos, respecto a las causas que los motivaron a dejar de tratarse.

A efecto de hacer más analítico e interpretativo el estudio de los datos obtenidos en lo que respecta a la presentación de los mismos, se presentarán los cuadros estadísticos que contengan la información en relación con una de las variables de la hipótesis haciendo los análisis respectivos.

### 5.1 Hipótesis planteadas

Un sesenta por ciento de los pacientes con Cáncer de Mama abandona su tratamiento por falta de recursos económicos y un cuarenta por ciento debido a factores socioculturales, que no continúan su tratamiento.

El Hospital Nacional de Cancerología no cuenta con un número apropiado de profesionales en Trabajo Social para que atiendan la



situación económica social de los pacientes que padecen de Cáncer de Mama y que abandonan su tratamiento.

De estas hipótesis se desprenden las variables con sus respectivos indicadores por lo que a continuación se presenta la información recabada en cada una de ellas.

El cuadro que a continuación se da a conocer fue elaborado con la finalidad que se tenga una mejor interpretación, de las pacientes con cáncer en la mama, según las edades.

CUADRO No.1  
DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, SEGUN EDADES:

EDADES:	CANTIDADES:	PORCENTAJE:
30 A 40 años	3	10.00%
40 a 50 años	08	26.60%
50 a 60 años	11	36.60%
60 a 70 años	06	20.60%
70 a más	02	6.60%
TOTALES	30	100.00%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

Las pacientes con cáncer de mama tienen su mayor incidencia en el grupo etáreo comprendido entre los 50 a 60 años, siendo un 36%, de las pacientes que acuden al Hospital Nacional de Cancerología.

Este grupo etáreo se puede considerar como personas de edad media y que han estado alejadas de la información referente a

exámenes previos a un apareamiento de masa en cualquiera de las mamas.

El cuadro que a continuación se da a conocer nos da una mejor visión de la procedencia de las 30 pacientes con cáncer de mama.

CUADRO No.2  
PROCEDENCIA DE LAS 30 PACIENTES DE CANCEROLOGIA

DEPARTAMENTOS:	CANTIDADES:	PORCENTAJES:
- Guatemala Centro	20	66.60%
- Región Sur	05	16.60%
- Región Occidente	02	6.60%
- Región Oriente.	03	10.00%
TOTALES	30	99.90%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

El fenómeno de los pacientes con Cáncer de Mama tiene su mayor expresión en el ámbito urbano y en algunos municipios del Departamento de Guatemala, como el municipio de Mixco, municipio de Villa Nueva y el municipio de San José del Golfo, dentro del municipio de Guatemala se enmarcan más las zonas 19,11,6,13 y 18, por considerar que son lugares, bastante limitados de recursos económicos; así también, en algunos casos las familias residen en el interior del país, siendo en un diez y seis por ciento que se desplazan del sur hacia la capital con fines de ser atendidos en su problemática de salud.

El diez por ciento enmarcado en el cuadro anterior nos da a conocer que son personas que vienen de diferentes departamentos de la región del oriente, con el propósito de que se les brinde el apoyo requerido.

El cuadro siguiente interpreta en porcentajes la situación familiar de las 30 pacientes con Cáncer de mama.

CUADRO No.3

SITUACION FAMILIAR DE LAS 30 PACIENTES DE CANCEROLOGIA

GRUPO FAMILIAR:	CANTIDADES:	PORCENTAJE:
Hogar Integrado	20	66.60%
Hogar Desintegrado	07	23.30%
Sin Hogar	03	10.00%
TOTAL	30	99.90%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

Las pacientes en referencia pertenecen en su mayoría a hogares integrados ya sea estando casados o conviviendo en unión de hecho, lo cual nos indica que las mismas cuentan con apoyo emocional y en parte económico, para continuar su tratamiento.

Un veintitrés por ciento pertenece a hogares desintegrados que por diversos factores han tenido que separarse; lo que ha traído como consecuencia que las pacientes no continúen su tratamiento, por no contar con recursos económicos para tratarse, ya que para ellas es más importante alimentar a sus hijos y brindarle todo lo necesario a los mismos y quedarse ellas para

brindarle todo lo necesario a los mismos y quedarse ellas para último.

Es importante mencionar que el diez por ciento de las entrevistadas vive en compañía de familiares en tercer lugar, quienes no muy conformes les han brindado el apoyo de vivienda. Otras agregaron que se encuentran posando en casas de amistades que las conocen y saben de su enfermedad, siendo este un factor determinante para que las pacientes entrevistadas se encuentren afectadas emocionalmente al no contar con ningún apoyo de índole familiar.

El cuadro que a continuación se observa nos da una mejor visión en porcentajes sobre la situación económica de las 30 pacientes con cáncer de mama.

CUADRO No.4  
SITUACION ECONOMICA DE LAS 30 PACIENTES DE CANCEROLOGIA

ECONOMIA:	CANTIDADES:	PORCENTAJE:
- Buena	02	6.60%
- Regular	19	63.30%
- Mala	09	30.00%
TOTALES:	30	99.90%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

El cuadro anterior nos da a conocer un (63.3%) de las

familias de las pacientes con Cáncer de Mama tienen una situación económica regular, ya que se encuentran que son pocos los ingresos que aportan los miembros de la familia al hogar, para sufragar los gastos de alimentación, vivienda, vestuario, salud, diversión, etc.

Un treinta por ciento de las encuestadas refirió que la situación económica por la que atraviesan es mala, ya que en ocasiones se ven en la necesidad de mendigar alimentos para subsistir, descuidando los problemas de salud personal.

Un seis por ciento pertenece a un grupo de familias que viven en forma bastante desahogada, la cual no tiene necesidad de recurrir a hospitales nacionales con el objeto de no cancelar un tratamiento y/o ser exoneradas en parte de los mismos.

El siguiente cuadro nos da a conocer de una mejor forma el ingreso de las familias con Cáncer de Mama.

CUADRO No.5

DISTRIBUCION DE FAMILIAS SEGUN INGRESO DE 30 PACIENTES DE  
CANCEROLOGIA

INGRESO FAMILIAR:	CANTIDADES:	PORCENTAJE:
100.00 a 300.00	1	3.33%
301.00 a 500.00	8	26.60%
501.00 a 700.00	10	33.30%
701.00 a 900.00	6	20.00%
901.00 a 1,100.00	3	10.00%
1,101.00 a más.	2	6.60%
TOTALES:	30	99.80%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

Un treinta por ciento de las familias estudiadas reportan una situación económica bastante precaria ya que los ingresos que obtienen son menores a Q. 500.00 mensuales, los cuales en algunas ocasiones no les es posible determinarlos por ser tan mínimos, lo que tiene incidencia en el nivel de consumo de la dieta familiar, la que se ha visto reducida al mínimo, eliminando una serie de elementos considerados básicos.

Un sesenta y tres por ciento reporta un ingreso mayor de Q. 500.00 que obliga al grupo familiar a aprovechar cualquier tipo de trabajo que se les presente con el fin de agenciarse de mínimos ingresos y poderles brindar un nivel de vida que

contribuya a su subsistencia tanto de las pacientes como de sus familiares.

El cuadro que a continuación se describe nos da una mejor visión de la ocupación de las pacientes con Cáncer de Mama.

CUADRO No.6  
OCUPACION U OFICIO DE LAS 30 PACIENTES DE CANCEROLOGIA.

OCUPACION:	FRECUENCIA:	PORCENTAJE:
Amas de Casa	20	66.66%
Amas de Casa y Ventas	6	20.00%
Empleadas Domésticas	3	10.00%
Otras.	1	3.33%
TOTALES:	30	99.99%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

El cuadro anterior demuestra que un sesenta y seis por ciento de las entrevistadas se dedican a atender su casa y por ende a la familia, lo cual refleja que las familias son de escasos recursos económicos, por no contar con los ingresos de la misma, si a ello aunamos que por la situación que atraviesa el país en cuanto al incremento indetenible de los precios de los productos de la canasta básica las pacientes que necesitan de un tratamiento, no lo continúan por no contar con lo necesario.

El veinte por ciento indicó atender las labores del hogar y

en su tiempo libre dedicarse a la venta de productos de belleza y venta de ropa en forma ambulante y atender tiendas de productos de consumo diario, notándose en este grupo de entrevistadas el interés de ellas para ayudar a la economía del hogar.

Un diez por ciento estableció que trabaja como empleadas domésticas en casas particulares donde se ven obligadas en la mayoría de ocasiones a no asistir a las citas por temor a ser despedidas si las patronas se enteran de que padecen de Cáncer.

El trabajo en determinadas circunstancias tiene un alto valor educativo, en la medida en que se está orientando al desarrollo de las capacidades ocupacionales de las pacientes, pero cuando están presentes la irregularidad de horarios, los bajos niveles de remuneración y el elevado riesgo, entonces el trabajo se revierte en contra del desarrollo de la personalidad del individuo. Tal es el caso de las pacientes que realizan actividades como empleadas domésticas en casa particulares ya que son explotadas en cuanto al tipo y horario de trabajo.

Un tres por ciento de las entrevistadas trabajan en el nivel educativo (maestros de educación primaria). Considerando que es un porcentaje muy bajo el de las profesionales entrevistadas.

El cuadro No. 7 se nos da una visión más clara del estado civil de las pacientes con Cáncer de Mama.



CUADRO No.7

ESTADO CIVIL DE LAS 30 PACIENTES DE CANCEROLOGIA

ESTADO CIVIL:	CANTIDADES:	PORCENTAJE:
Casadas	18	60.00%
Unidas	2	6.66%
Viudas	5	16.60%
Divorciadas	2	6.66%
Solteras	3	10.00%
TOTALES:	30	99.98%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

El porcentaje más alto según el cuadro anterior es para las pacientes que están casadas, las cuales alivian en parte su padecimiento en virtud de contar con su pareja que si nos ayudan económicamente al menos es un gran alivio tenerlos con ellas por apoyo moral, espiritual y en parte económicamente.

Un diez por ciento de las entrevistadas están divididas entre madres solteras y mujeres que no han tenido hijos, y que por circunstancias de la vida no han logrado tener un hogar conformado por cónyuge e hijos.

Un diez y seis por ciento dan a conocer que sufren no solo de dolencia física por su padecimiento (Cáncer de Mama), si no que sentirse mal por no contar con apoyo de una pareja al haber

leer las citaciones que les han llegado de lugares de suma importancia.

El cuadro que a continuación se observa, nos da una mejor visión referente al tipo de vivienda que utilizan las familias de las pacientes con Cáncer de Mama.

CUADRO No.10

TENENCIA Y USO DE LA VIVIENDA DE LAS 30 PACIENTES DE CANCEROLOGIA.

TENENCIA:	CANTIDADES:	PORCENTAJE:
a) Propia	15	50.00%
b) Arrendada	8	26.60%
c) Vive con algún familiar	7	23.30%
TOTALES:	30	99.90%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

El cincuenta por ciento de las entrevistas indicó contar con vivienda propia la cual puede considerarse como una preocupación menos al no tener que pagar arrendamiento, ya que en la actualidad los alquileres de los inmuebles han sido elevados al grado de que las personas ya no pueden pagarlo. El porcentaje de pacientes que cuentan con casa propia, refirieron tener inmueble propio gracias a herencias que les han dejado sus padres y/o familiares políticos.

Las personas con menos posibilidades económicas son las que vive junto a otros familiares ya que dependen de la caridad de los mismos para contar con un techo donde vivir, estando sujetos a la voluntad de las personas que les dan albergue por carecer de medios económicos.

El veintiséis por ciento arrienda casas, apartamentos y/o cuartos donde vivir modestamente ya que el pago mensual de los mismos es elevado en comparación con los ingresos percibidos. En la mayoría de los casos se pudo constatar que aparte de pagar el arrendamiento se ven en la necesidad de comprar el agua debido a que es muy escasa y no es suficiente par el suministro diario.

El cuadro que a continuación se observa nos da una mejor visión respecto a las causas que motivaron a consultas por primera vez al INCAN las pacientes con Cáncer de Mama.

CUADRO No.11  
CONSULTA DE LAS 30 PACIENTES DE CANCEROLOGIA POR PRIMERA VEZ.

AÑO	CANTIDADES	PORCENTAJES
1,993	17	56.60%
1,994	13	43.30%
TOTALES	30	99.90%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

El cuadro anterior nos demuestra que el cincuenta y seis por

ciento de pacientes que consultaron por primera vez al Hospital de Cancerología en el año de mil novecientos noventa y tres (1993). El cuarenta y tres por ciento restante esta indicado para las pacientes que acudieron por primera vez al mismo en el año de mil novecientos noventa y cuatro (solo muestra tomada al azar).

Los datos anteriores se interpretan en el sentido de que hubo mayor incidencia de pacientes con Cáncer de Mama en el año noventa y tres.

Se considera que en el año 1994 ya ha habido más conocimiento respecto al Cáncer por las campañas de divulgación, por la prensa, radio y la televisión, que ha hecho la Liga Nacional contra el Cáncer.

El cuadro que a continuación se observa nos da una mejor visión de cómo fueron distribuidas las pacientes que se presentaron por primera vez a consulta.

CUADRO No.12

CAUSAS DE CONSULTA EN CANCEROLOGIA DE LAS 30 PACIENTES TOMADAS AL AZAR:

CAUSAS:	CANTIDADES:	PORCENTAJE:
a) Masa mama izquierda y derecha	27	90.00%
b) Dolor en las mamas	3	10.00%
TOTALES	30	100.00%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

El noventa por ciento de pacientes que consultó a los médicos del Hospital de Cancerología, se debió a problemas que presentaron en la aparición de masas a nivel de una o las dos mamas; siendo que el otro diez por ciento restante acudió por presentar dolor en cualquiera de las dos mamas sin causa establecida.

Segun investigación realizada basada en otras fuentes se nos indicó que era más frecuente el aparecimiento de masas en la mama izquierda que en la derecha y que al verse ellas con esos nódulos pensaban que eran secuelas que les habian quedado después de haber amamantado a sus hijos o que les habian hecho creer que esos aparecimientos en ocasiones se debian a que no habian amamantado a sus hijos.

Las pacientes que consultaron por dolor fueron minimas ya que indicaron que cuando sentian algún síntoma ellas mismas se auto recetaban, consiguiendo en la mayoría de ocasiones aliviar el dolor, sin comprender que ello traeria consecuencias que más adelante lamentarian.

El cuadro que a continuación se observa nos proporciona una mejor visión respecto al aparecimiento de los nódulos de la pacientes de Cáncer de Mama.

CUADRO No.13

APARECIMIENTO DE NODULOS EN LAS PACIENTES DE CANCER DE MAMA, DEL INSTITUTO DE CANCEROLOGIA

NODULO	CANTIDADES	PORCENTAJE
a) Mama derecha	11	36.66
b) Mama izquierda	19	63.33
TOTALES	30	99.99

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

Según el cuadro anterior el sesenta y tres por ciento de las entrevistadas han presentado nódulos en la mama izquierda, motivo por el cual han recurrido al Hospital de Cancerología con el objeto de ser examinadas por los médicos y que estos a la vez logren indicar el por qué del aparecimiento de los nódulos.

El treinta y seis por ciento indicó haber consultado al médico por presentar nódulos en la mama derecha.

El Cáncer de mama puede aparecer en cualquiera de los senos en la mujer, no habiendo incidencia en una mama específica. Por lo que en este estudio no se puede establecer con exactitud el aparecimiento en mayor escala del carcinoma en la mama izquierda,

ya que si nos damos cuenta en el cuadro anterior es el doble de las incidencias en el lado izquierdo que en el derecho.

El cuadro que a continuación se observa nos da una mejor visión respecto a los antecedentes de Cáncer en la familia de los pacientes con Cáncer de Mama.

CUADRO No. 14  
ANTECEDENTES DE CANCER EN LA FAMILIA DE LAS 30 PACIENTES DE  
CANCEROLOGIA.

FAMILIAR	CANTIDADES	PORCENTAJES
a) Abuelas	1	3.33%
b) Padres	3	10.00%
c) Hermanos	3	10.00%
d) Negativos	23	67.60%
TOTALES	30	99.93%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

El cuadro anterior nos da a conocer que un setenta y seis por ciento de las pacientes entrevistadas tiene familia sin antecedentes de Cáncer.

Un veintitrés por ciento presenta varias generaciones con antecedentes de Cáncer, el cual ha podido estar localizado en diferentes partes del cuerpo. Se localizaron dos familias que fallecieron a consecuencia de haber presentado Cáncer en la

Sangre (Leucemia), otros en el cuello uterino y el resto presentó Cáncer en la Mama. Estadísticamente esta comprobado que el Cáncer en alguna familiar, mayormente en este caso las madres, hay un gran porcentaje que hereda la disponibilidad de padecer Cáncer en cualquier parte del cuerpo con mayor predilección en los senos.

El cuadro que a continuación se observa nos da una mejor visión referente al tipo de institución que efectuó la cirugía a las pacientes con Cáncer de Mama.

CUADRO No.15

TIPO DE INSTITUCION QUE EFECTUO LA CIRUGIA DE LAS 30  
PACIENTES DE CANCEROLOGIA

INSTITUCION:	CANTIDADES:	PORCENTAJES:
a) Privada	10	33.30%
b) Pública	5	16.30%
c) INCAN	15	50.00%
TOTALES:	30	99.60%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

En el cuadro anterior nos podemos dar cuenta de la gran afluencia que ha tenido el Hospital de Cancerología en cuanto a pacientes que han acudido al mismo con el propósito de ser intervenidas quirúrgicamente y que les han exonerado en parte los gastos de la misma y luego continúen allí su tratamiento.

El diez por ciento (10%) indicó haberse operado en



sanatorios privados, ya que en esa ocasión tenían una mejor situación económica; pero por haberse agotado la misma habían recurrido al INCAN.

El 50% no tuvo otra opción que recurrir a Hospitales Públicos ya que son personas que carecen de medios económicos para pagarse una operación tan costosa como lo de La Mastectomía.

El cuadro que a continuación se observa nos da una mejor visión referente al tratamiento que recibieron los pacientes con Cáncer de Mama.

CUADRO No.16

TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LAS 30 PACIENTES EN  
CANCEROLOGIA

TRATAMIENTO EFECTUADO	CANTIDADES	PORCENTAJE
a) Cirugía y Radioterapia	9	30.00%
b) Radioterapia y Cirugía	11	36.60%
c) Quimioterapia y Cirugía	4	13.30%
d) Cirugía y Quimioterapia	4	13.30%
e) Ninguno	2	6.60%
TOTALES:	30	99.80%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

El cuadro anterior indica que un treinta y seis por ciento

de las entrevistadas primero recibió radioterapia y luego se operó; un treinta por ciento primero se intervino quirúrgicamente y luego recibió Radioterapia.

Las pacientes que recurren primero a la Radioterapia y Quimioterapia, lo han hecho porque son casos avanzados o Estadios III y IV.

Un 6.6% refirió que no recibió ningún tratamiento debido a que ya no había cupo o turno para que ellas recibirán el mismo, ya que constantemente les estaban cambiando de cita, siendo este el motivo por el cual dejaron de tratarse en el Instituto Nacional de Cancerología.

El cuadro que a continuación se observa nos da una mejor visión referente al motivo de abandono del tratamiento de las pacientes con Cáncer de Mama.

CUADRO No.17

MOTIVO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LAS 30 PACIENTES DE  
CANCEROLOGIA

MOTIVO	CANTIDADES	PORCENTAJE
a) Situación económica	22	73.30%
b) No resistir el tratamiento	02	6.60%
c) Ignorancia	03	10.00%
d) Por exceso de pacientes al iniciar un tratamiento	02	6.60%
e) Mala atención	01	3.30%
TOTALES:	30	99.80%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

El cuadro anterior nos da a conocer que un 73.3% de las pacientes entrevistadas, indicó haber abandonado el tratamiento por factores económicos ya que la mayoría escasamente reúne lo necesario para sobrevivir, descuidando su salud física y mental.

Un 10% indica no haber continuado su tratamiento, por ignorar que después de una cirugía debía haber seguido tratándose con los medicamentos necesarios, a fin de reducir el tumor maligno.

El cuadro que a continuación se observa, nos da una mejor visión de las posibilidades de continuar su tratamiento las

pacientes con Cáncer de Mama.

CUADRO No. 18

CONTINUARIA:	CANTIDADES:	PORCENTAJE:
a) SI	14	46.60%
b) NO	02	6.60%
c) FALLECIDOS	14	46.60%
TOTALES:	30	99.80%

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

El cuadro anterior nos da a conocer un cuarenta y seis por ciento de las pacientes con Cáncer de Mama que desea continuar con su tratamiento, pero por diversos factores no han continuado tratándose; siendo que para el otro cuarenta y seis por ciento de las familias que se entrevistaron de las pacientes con Cáncer de Mama indicaron que no podían continuar con su tratamiento debido a que algunas ya habían fallecido por diversas causas (mala situación económica, ignorancia, no resistir el tratamiento y por estar muy retiradas de la ciudad capital).

Un seis por ciento no desea continuar su tratamiento debido a que rechazan la reacción que provoca la Radioterapia y la Quimioterapia, otros por considerar que no necesitan de medicamentos químicos y quirúrgicos para curarse.

Es de hacer mención que los resultados obtenidos de la

boleta que se pasó a una muestra de 30 pacientes que acudieron al Hospital Nacional de Cancerología para ser tratados, algunos abandonaron el tratamiento por mala situación económica, ya que al parecer los ingresos de la mayoría de la muestra tomada al azar estaban por debajo de sus necesidades, no contando con un empleo decoroso que ayude o contribuya a llevar mejores ingresos al hogar, ser madres de un grupo de hijos muy numeroso, que muchas veces no pueden brindarle lo esencial, ser analfabetas motivo que les ha impedido actualizarse de lo que sucede a su alrededor y mejorar su estado de salud.

Las pacientes que cuentan con casa propia agregaron que cuentan con ellas gracias a que sus familiares se las heredaron (padres, abuelos, suegros, etc.), ya que por la mala situación económica que atraviesa el país y por ende las familias, no estarían en condiciones de pagar un arrendamiento, ni en el interior de la república mucho menos en la capital.

CAPITULO 6      APORTES DE ELEMENTOS PARA LA ATENCION DE LA  
FAMILIA DE LOS PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE  
ABANDONAN SU TRATAMIENTO

6.1 Instituciones que deben intervenir en el problema de los  
pacientes con cáncer de mama que abandonan su tratamiento

6.1.1      Sociedad y Familia

Los pacientes con Cáncer de Mama y su relación con la sociedad es mínima o casi ninguna, ya que se ha podido observar que son discriminados al conocer del padecimiento de los mismos; considerando las personas de la comunidad que difícilmente logren superar su trauma y no califiquen para desempeñar un rol (trabajo, actividades recreativas, etc.).

La sociedad de nuestro medio no está preparada para aceptar a las personas tal cual son y/o su padecimiento, ya que por controversia de la vida se encuentran inmersos en una serie de situaciones problemáticas que no les permiten dejar el egocentrismo, para ayudar, considerar y relacionarse con las personas que lo necesitan (pacientes con Cáncer de Mama).

Se considera necesario que la sociedad guatemalteca se pronuncie mediante grupos sociales e instituciones, por medio de un esquema de atención que paralelamente vaya encaminando a nuevas ideas y métodos en beneficio de la aceptación de las pacientes con Cáncer de Mama, en período libre de enfermedad, para que los mismos no se sientan marginados y puedan continuar su vida rutinaria como cualquier personal normal.

Lo anterior se justificara en crear dentro de la sociedad, una nueva cultura basada en la justicia, la libertad, el derecho y la democracia en todos los ámbitos; económico, social, cultural y político, que haga posible nuevos métodos para entender y solucionar (curar y prevenir) el terrible padecimiento de los pacientes con Cáncer de Mama en periodo libre de enfermedad.

La familia se considera como la base fundamental de la sociedad, por consiguiente es importante su función con los miembros del hogar que estén padeciendo de alguna dolencia emocional, física y material, ya que el desarrollo psicológico del individuo depende tanto de la dotación genética como de los factores ambientales.

El núcleo familiar debe estar unido con el fin de apoyar emocional y económicamente a sus familiares que estén padeciendo de Cáncer de Mama, todo ello con la finalidad de que los pacientes dentro de su familia se sientan como personas útiles y no cargas económicas. Considerándose que es obligación del núcleo familiar tomar acciones inmediatas al conocer el diagnóstico profesional y el tratamiento que deben seguir sus familiares con Cáncer de Mama; pues todas las personas tienen derecho a ser tratadas, aliviadas y curadas, bajo las condiciones económicas con que cuenten así como ser aceptadas por la familia y la sociedad sin importar: edad, sexo, religión, grupo étnico, color, etc.

#### 6.1.2 Hospitales Nacionales:

Según investigaciones realizadas, los Hospitales Nacionales (HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS Y HOSPITAL ROOSEVELT), no existe una secuencia de casos que hayan sido tratados con problemas de Cáncer de Mama, ya que los profesionales que laboran dentro de los mismos (médicos, para-médicos, trabajadores sociales y administrativos) se limitan a atender en la consulta externa y la emergencia, siendo estas las únicas relaciones que el personal de los Hospitales tienen con los pacientes.

Los pacientes con Cáncer de Mama que acuden a los Hospitales Nacionales, después de haber sido atendidos y de haberles practicado alguna Cirugía, como Mastectomía Radical modificada, son referidos al HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA, con la finalidad de que en la mencionada institución, se le pueda brindar un mejor tratamiento y poderles ofrecer, una sobrevida mediante un estudio que determine, la clase de tratamiento que puede recibir el paciente que lo solicite.

Los profesionales en Trabajo Social de los Hospitales Nacionales no tienen relación con los pacientes con Cáncer de Mama después de haberles practicado alguna Cirugía, ya que solamente los atienden antes de cualquier intervención y/o al finalizar las mismas, consistiendo la atención, en charlas de orientación, de información, asesoramiento respecto a su bienestar social y emocional.

Los profesionales en Trabajo Social no realizan investigaciones socio-económicas con los pacientes con Cáncer de Mama ya que son insuficientes para darle continuidad a cada caso,



por lo que al egresar los mismos se desconoce la situación física y emocional de cada uno.

### **6.1.3 Hospitales Privados:**

Dentro de los Hospitales Privados no existe participación por parte de profesionales de Trabajo Social, ya que dentro de los mismos está implícita una tarifa de cobros que deben realizar los pacientes que acuden a los mismos.

Los pacientes con Cáncer de Mama que acuden a los mismos son aquellos que reúnen las condiciones económicas necesarias, para poderse costear un tratamiento, el cual en la mayoría de veces es muy elevado.

Tomando en cuenta que los Hospitales Privados son para personas que cuentan con un mejor nivel económico que los pacientes que acuden a los Hospitales Nacionales, sería conveniente considerar la posibilidad de que, en los Sanatorios se brindara tratamientos a pacientes de escasos recursos económicos a un precio razonable acorde a sus necesidades.

### **6.1.4 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)**

El departamento de Trabajo Social del Hospital General del I.G.S.S. ubicado en la zona nueve de esta ciudad capital, no lleva un récord de los pacientes con Cáncer de Mama que son tratados dentro del mismo; y desconocen si inician y/o finalizan un tratamiento después de haber sido intervenidos

quirúrgicamente. En ocasiones son informados por el personal administrativo del departamento de Quimioterapia de la ausencia de algún paciente o que ya no ha acudido a recibir su tratamiento, por lo que la Trabajadora Social realiza su función como comunicadora Social con el fin de establecer contacto con los pacientes ausentes, por vía telegráfica y telefónica, para hacerles un recordatorio respecto a su cita y el problema que repercute el que la pierdan, limitándose hasta allí el quehacer del Trabajador Social ante tal situación.

El I.G.S.S. es una institución encargada de velar por la salud física y emocional del empleado público y privado, por lo que está obligado a darle una mejor atención, ya que los pacientes que acuden al mismo contribuyen anticipadamente con la cuota mensual que le es fijada por la institución donde esté laborando, mediante su salario mensual.

Por tal razón se considera necesario:

Que se involucre al equipo de Trabajadores Sociales en la investigación social de cada caso, haciendo entrevistas con el fin de dialogar con los pacientes en situaciones propicias a su enfermedad; realizar visitas a domicilio y a centros de trabajos, con el objeto de que les permitan conocer acerca de sus modus vivendi y los lugares de trabajo, para formarse una mejor visión del contexto que rodea a los pacientes con Cáncer de Mama que ya no concurren a su tratamiento, seguido de ello puede darse la transformación social a través de la conformación de grupos dentro del Hospital, actividad que estará coordinada por los

Trabajadoras Sociales, con el fin de hacer participar y conocer los intereses de los integrantes e invitarlos a que dentro de ellos mismos aporten posibles soluciones ante su problemática.

## 6.2 Programas y alternativas de atención del hospital de cancerología

Los programas de atención que el Hospital de Cancerología brinda a lo pacientes con Cáncer de Mama son mínimos debido a que no cuentan con los recursos necesarios (económicos, humanos, infraestructurales, equipo médico, etc.), por lo que se limitan a dar atención a un número de pacientes que pueda autofinanciarse el tratamiento.

Ante la falta de programas de atención del Instituto Nacional de Cancerología se hace necesario brindar alternativas que contribuyan a consolidar los procesos de orientación, capacitación y recaudación de fondos, con el propósito de brindar ayuda a los pacientes más necesitados.

Con el propósito de que se establezca una plataforma de principios de tratamiento, es conveniente partir de que el problema de los pacientes con Cáncer de Mama obedecen en definitiva a causas personales, congénitas, en periodo libre de enfermedad por las que las soluciones a largo plazo van a estar en dependencia a las transformaciones que se realizan en el todo social. Sin embargo aún en medio de la crisis que vivimos los guatemaltecos y las Instituciones, es posible realizar acciones conjuntas tendientes a enfrentar el problema.

Se sugiere una total y necesaria REORGANIZACION DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL, el cual fue dado a conocer en el capitulo IV, con la finalidad de que a través de las profesionales en Trabajo Social y la participación de equipo multidisciplinario (médico, paramédicos, psicólogos, etc.), sean elaborados programas de atención que tipifiquen la problemática que afrontan los pacientes con Cáncer de Mama que carecen de recursos económicos para iniciar un tratamiento.

Otro de los programas que debe ser implementado para atender con mayor prontitud y eficacia a los pacientes con Cáncer de Mama es conseguir apadrinamiento por medio de personas y/o instituciones altruistas, que ayuden económicamente a cualesquiera de los pacientes que sean referidos por medio de la Trabajadora Social, la cual tendrá en forma sistematizada el listado más urgente de atención a los mismos. Así también debe coordinar con LA LIGA NACIONAL CONTRA EL CANCER, actividades de recaudación de fondos, con la finalidad de agenciarse de recursos económicos, para implementar un programa especial de atención a pacientes con Cáncer de Mama que han abandonado su tratamiento por distintas causas, ya sean económicas, socioculturales y/o religiosas, las que podrían establecerse de contar con suficientes profesionales para su investigación.

Se sugiere que en los departamentos de Quimioterapia y Radioterapia se asigne una Trabajadora Social a efecto de que realice la investigación exhaustiva de los pacientes que necesitan iniciar un tratamiento, siendo la investigación determinante en la ayuda que se les puede proporcionar (parcial

y/o total).

Elaborar un sistema de referencia a manera de trasladar toda la información que permita a los programas en funcionamiento manejar los lineamientos concretos que beneficien a los pacientes con cáncer y especialmente a los que padecen de carcinoma de mama. Ello requiere de establecer mecanismos modernos, de cuantificación de datos que brinden información más apegada a la realidad y que a la vez permitan la evaluación de las acciones emprendidas a través del programa.

Considerando que el Hospital de Cancerología es la única institución a nivel Nacional que cuenta con especialización en oncología y que tiene como objetivo principal la asistencia curativa la que se brinda con los pocos recursos con que cuenta la institución, ya que actualmente se encuentra afrontando problemas de índole económico, por lo que no logran atender en su totalidad a los pacientes que acuden al mismo para ser tratados, es conveniente que los gobiernos electos por el pueblo y principalmente el actual se interesen por conocer el significado INCAN; así como conocer las funciones y los objetivos que persiguen. Todo ello con la finalidad de que tomen conciencia de la importancia que tiene contar con una institución como Cancerología y cuan beneficiosa resulta a la población guatemalteca, que padece de CANCER.

Por medio de lo mencionado anteriormente se considera necesario, que se le plantee al gobierno las distintas necesidades que viven a diario los miembros del personal que

laboran dentro del Hospital; así como las múltiples dificultades que afrontan al atender a los pacientes que necesitan de un tratamiento, ya que se encuentran con que los mismos, refieren al personal médico que no cuentan con recursos económicos para cancelar su tratamiento. Tomando en cuenta que el Hospital de Cancerología afronta serios problemas económicos, es conveniente que el gobierno proporcione un incremento en el subsidio anual, con la finalidad de que el Hospital logre salir adelante y logre brindar una mejor atención a los pacientes que acuden al mismo con el propósito de ser atendidos gratuitamente y/o que les cobren tarifas acordes a su situación económica.

Teniendo como base los problemas socioeconómicos por los que atraviesa la población guatemalteca, los cuales no han podido ser resueltos con la aplicación de los modelos tradicionales de desarrollo, así como la cobertura proporcionada por las instituciones de gobierno y no gubernamentales, se hace necesario la búsqueda de nuevas estrategias que tengan como base fundamental la participación consciente y decidida de todos los sectores de la sociedad.

Como parte de la implantación de un nuevo modelo de desarrollo se propone la realización del proyecto denominado Movilización Social, el cual tiene como objetivo primordial la participación comunitaria y la multisectorial para la resolución de los problemas que afrontan el sector más desposeído de la población guatemalteca, principalmente la que presenta síntomas y señales de enfermedad física social profunda, cuyas causas de tipo estructural no permiten pensar en soluciones fáciles y

rápidas.

- CONCLUSIONES

1. Los pacientes con cáncer de mama que abandonan o ya no continúan su tratamiento en su mayoría son personas de escasos recursos económicos, que por no contar con los medios necesarios, ni la educación básica para contrarrestar la enfermedad abandonan el tratamiento, lo cual es factor determinante para que un alto porcentaje fallezca por las causas anteriores.
2. El cáncer está catalogado como una enfermedad genética de las células somáticas, que resulta de la mutación de una célula previamente normal, en una nueva célula permanente maligna.
3. El cáncer si se descubre en etapas tempranas, es curable, en el cáncer de mama no sería necesario resecar todo el seno si se descubre a tiempo, en estadio I.
4. Después de una cirugía a pacientes con cáncer de mama es más común continuar con tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia, los cuales son bastante costosos y que en su mayoría los pacientes que necesitan los mismos no pueden continuarlos debido a carecer de recursos económicos en estadios II, III, IV.
5. El profesional en Trabajo Social que labora en el Hospital Nacional de Cancerología no lleva un récord de los pacientes que presentan cáncer de mama, desconociendo en la mayoría de ocasiones si continúan o no su tratamiento. El mismo no



sigue los casos debido a que en el Instituto Nacional de Cancerología solamente cuentan con una Trabajadora Social, la que no es suficiente para dar seguimiento a cada caso presentado.

6. La causa que motivó a las pacientes a que visitaran el Hospital de Cancerología, se debió a que la mayoría de la muestra presento nódulos en la mama izquierda; sin que hasta la fecha se tengan estadísticas del por qué del aparecimiento de los nódulos en los senos mencionados.
7. El carcinoma de mama es más frecuente en el lado izquierdo que en el lado derecho (relación 110 a 100 mujeres); con mayor prevalencia en aquellas pacientes con historia familiar de Cáncer (relación de 5 a una mujer).
8. El Hospital Nacional de Cancerología, es la única institución a donde son referidos los pacientes con carcinoma de mama y otra clase de cáncer, de otros hospitales (Nacionales y Privados), así como los que llegan al mismo por cuenta propia.
9. El INCAN no cuenta con suficientes recursos para dar cobertura a la población que asiste al mismo, con el propósito de que se les brinde cualquiera de los tratamientos y que sea exonerado del pago, ya sea en forma parcial o total.
10. Las Trabajadoras Sociales del Instituto Guatemalteco de

Seguridad Social, IGSS desconocen si las pacientes con cáncer de mama, que han sido intervenidas quirúrgicamente (Mastectomía Radical Modificada), han continuado y/o finalizado el mismo.



- **RECOMENDACIONES**

1. La población guatemalteca debe preocuparse por la salud de sus familiares y principalmente de los que padecen de Cáncer y Cáncer de Mama, ya que por dejadez o ignorancia permiten que sus familiares se agraven y/o fallezcan.
2. El Cáncer debe prevenirse a través de programas de divulgación y promoción social que impacten a la población en su totalidad, todo ello con el fin de que la misma corrija cierta conducta de vida que desfavorece en lo absoluto la salud física y mental.
3. Los grupos familiares que cuentan con algún miembro del mismo, con problemas de cáncer de mama, deben apoyar moral y económicamente a los mismos, contribuyendo con ello a hacerles menos difícil el problema de su enfermedad.
4. Dentro del Hospital de Cancerología se deben implementar programas de atención y recaudación de fondos; todo ello con el propósito de ofrecer una mejor atención a los pacientes que acuden al mismo, por considerar que puede ser exonerado en forma parcial y/o total, dependiendo de la situación económica que presente el paciente.
5. Se considera necesario que el Hospital Nacional de Cancerología haga una reorganización del departamento de Trabajo Social, con el fin de que hayan más Trabajadoras Social en que logren investigar a fondo la situación socioeconómica de los pacientes, con el propósito de recibir

tratamiento a un costo acorde a su situación económica, ya que por carecer de medios no pueden acudir a los hospitales privados.

6. Contemplar la posibilidad de solicitar estudiantes de la carrera de Trabajo Social que estén realizando la práctica de casos de las diferentes Universidades del país, con el propósito de que sirvan de auxiliares a la Trabajadora Social titular de Cancerología, ya que nos pudimos dar cuenta que el Hospital requiere de más profesionales en Trabajo Social que puedan brindar una mejor y más amplia información en los casos que realmente necesiten de ayuda económica.

Lo anterior se recomienda, en virtud de considerar que el Hospital no está en condiciones de cubrir el salario de otras Trabajadoras Sociales.

7. Que se realicen actividades de recaudación de fondos como bingos, rifas, maratones, kermeses; así como promociones y divulgaciones a través de los diferentes medios de comunicación social (la prensa, la radio y la televisión), con la finalidad de agenciarse de recursos económicos, los cuales serán de vital importancia en la ayuda económica parcial y/o total de los pacientes que acuden al Hospital de Cancerología.
8. Que se elabore un programa especial de apadrinamiento, con el fin de buscar recursos humanos existentes, dentro del

medio social guatemalteco.

9. Se considera importante que a nivel administrativo del Hospital de Cancerología se planteen las necesidades al gobierno actual, con el propósito de conseguir un incremento en el subsidio anual, que ayude en parte a sufragar los gastos de material y equipo médico necesario, para atender a todos los pacientes que acuden al INCAN.



BIBLIOGRAFIA

- AKTINS, CC AND CRISCOM, N  
 following irradiation. Clin Radiol  
 ANDER EGG, EZEQUIEL  
 Inflammatory carcinoma of the Breast, Results  
 Diccionario del Trabajo Social. CO. Edition, 1974, ECRD.ILPM
- APP, RR  
 Viruses as an etiologic factor in Cancer, 1976.
- ATLAS OF TUMOR RADIOLOGY.  
 1-13 CHICAGO  
 YEAR BOOK, Medical Publ. 1971 Up.to Present.
- BONADONA, G. PRESENTS STATUS OF CMF  
 Adjuvattherapy in operable breast Cancer Society.
- BURCH PRJ:CLASSIFICATION AND STAGING OF CANCER BY SITE  
 Preliminary Han Book American Joint Committee of Cancer Staging and End r e s u l t s Repoting,Chic.
- CANCER FACTS AND FUGURES, 1974 NEW YORK  
 American Cancer Society.
- CARBONE, PP: CHEMOTERAPY  
 In the treatment Strategy of breast Cancer, 1975.
- CLASSIFICATION AND STAGING OF CANCER BY SITI  
 Preliminary Han Book American Joint Committee of, Cancer Staging and end results Reporting. Chic, AJCCS, 1976 to de publishend. 1977.
- CRICHLow, RW  
 Carcinoma of the male breast Sur. GYN. obs. 1972.
- DIAZ ARGUETA JULIO CESAR  
 Documento de apoyo, conceptualización de Trabajo Social 1987.
- ERNETER VL  
 Epidemiology of benign breast, epidemiol, 1981.



FARR, H. ETAL PRIMARY	Hyperparathyroidism, and Cancer. AM.J. 1973.
FISHER B: THE SURGICAL	A Current Problems in surgery october 1970.
FISHER B: THE SURGICAL	Dilemma in the primary therapy in invasive breast Cancer. A Current Problems in surgery october 1970.
FITZPATRIK, PJ AND RIDER, WD: HALL BODY	Radiotherapy. Int. J. Radiat. Onc Biol. Phys. 1976.
GUTIERREZ PANTOJA, Gabriel	Guía para Investigación, Textos Universitarios sexta edición, México. 1981
HAAGENSEN, CD ET AL:	Treatment of early mammary carcinoma. A cooperative international study. Ann. Surg. 1968.
HARRIS, EJ:	Natural History of Untreated breast Cancer. 1962.
HOLLAND, JF, FREI:	2da. End Edition Philadelphia 1977.
JAMES AG: CANCER PROGNOSIS MANUAL, RECORD:	Edition New York American Cancer Society INC. 1966.
MARCUS, P: PSEUFOMALIGNAT:	Disorders. sasg. Oncol 1974.
MEMORIA DE LABORES:	Liga Nacional Contra el Cancer de Guatemala, 1974.
PAPA SANTOS ABDULIO:	Criterios básicos para la elaboración de proyectos de investigación que es y como hacerlo. Departamento de

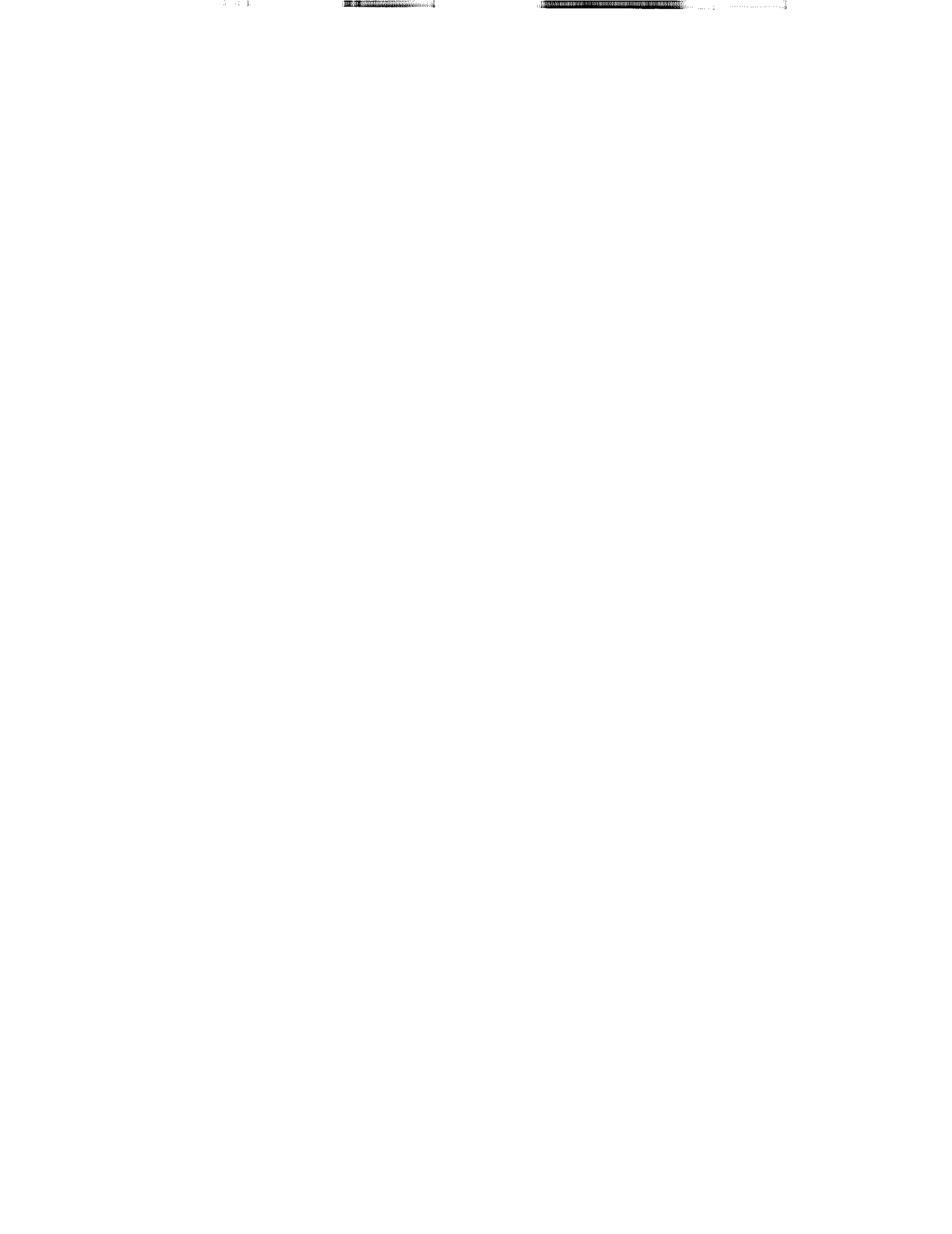
PIEDRA SANTA ARANDI RAFAEL:	Investigación y Tesis Escuela de Trabajo Social. Universidad de San Carlos de Guatemala, Junio 1981. Introducción a los problemas económicos de Guatemala, segunda edición.
PHILIP RUBIN:	Exposición del problema clínico oncológico.
PITOT, HC, NEOPLASIA:	A somatic mutation of a heritable change in cytoplasmic membranes. Jnat. Cancer inst. 1974.
RUNIN, P. (ed)	Introducción autocoment. controlled clinical trials Jama 1967.
RUBIN, P. (ed)	Current Concept In Cancer: parts XX-XXV, Carcinoma of the breast. Chicago: Am Assoc. 1974.
RICHARD F	Cancer facts and figures New York 1974. American Cancer Society.
RUSSELL PATERSON, MH	Part III Breast Cancer Clinical trials in malignant. Evolution of postoperatoria Radiotherapy J, Fac. Radiol. 1959.
SAVLOV EDWIN	Medicina Oncológica quinta edición 1978.
URBAN JA:	Bilaterality of Cancer the breast; Biopsy of the opposite breast Cancer, 1967.
WANG, CC AND CRISCOM, N:	Inflammatory

carcinoma of the  
breast. Results  
Following  
irradiation. Clin.  
Radiol, 1964.

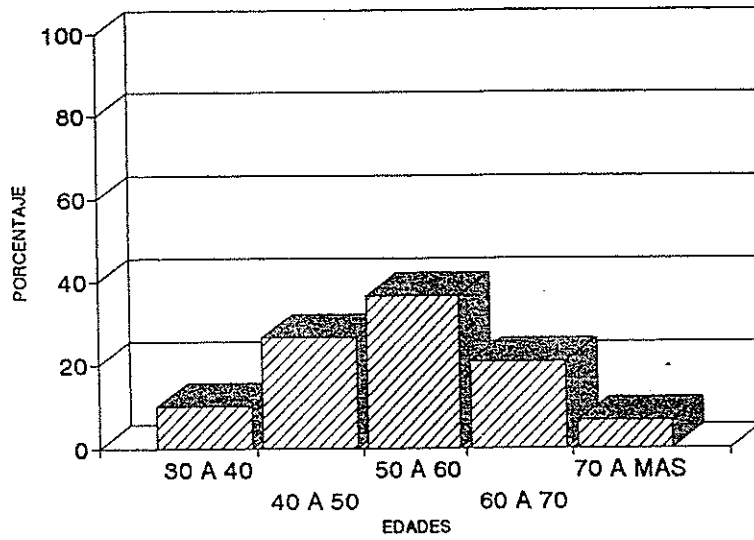
WISS L: ATLAS OF TUMOR RADIOLOGY

Vos. Chicago: Year  
Book +Medical  
Publicad. 1971.

A N E X O S :

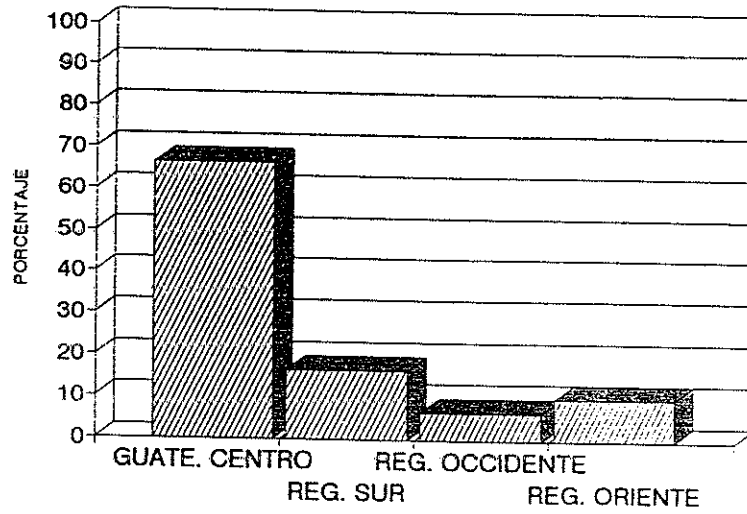


GRAFICA No. 1  
DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADAS SEGUN EDADES



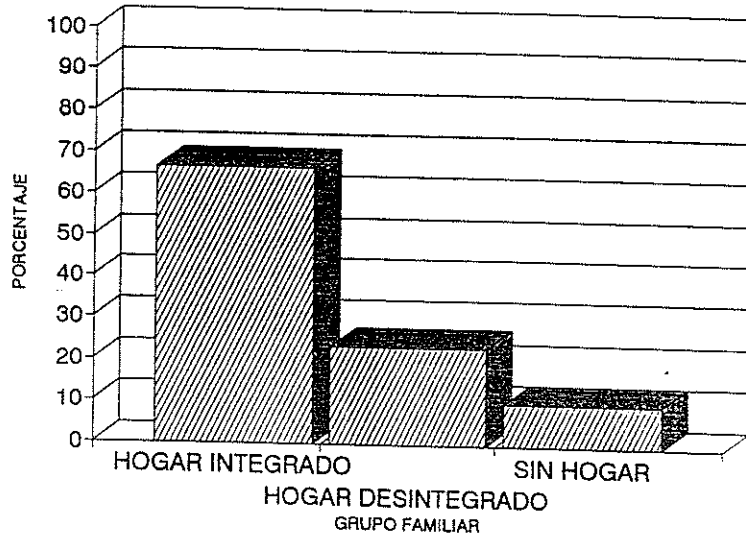
FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

GRAFICA No. 2  
PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES



FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

GRAFICA No. 3  
SITUACION FAMILIAR  
DE LAS PACIENTES

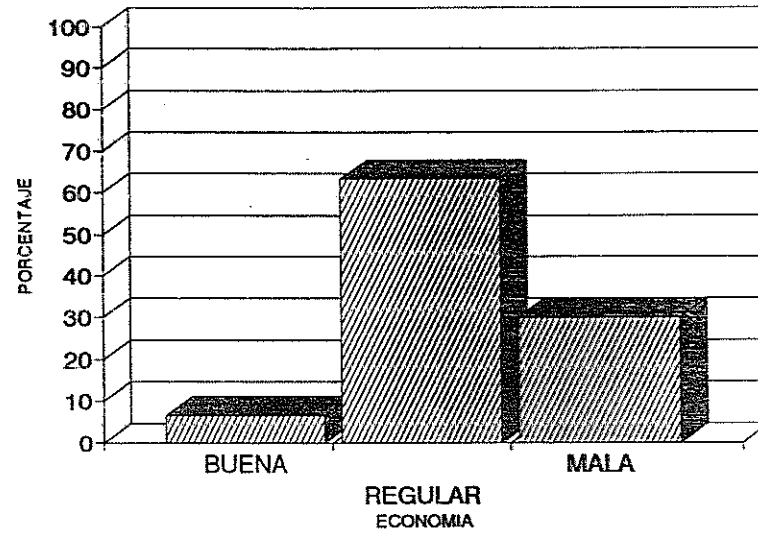


FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO



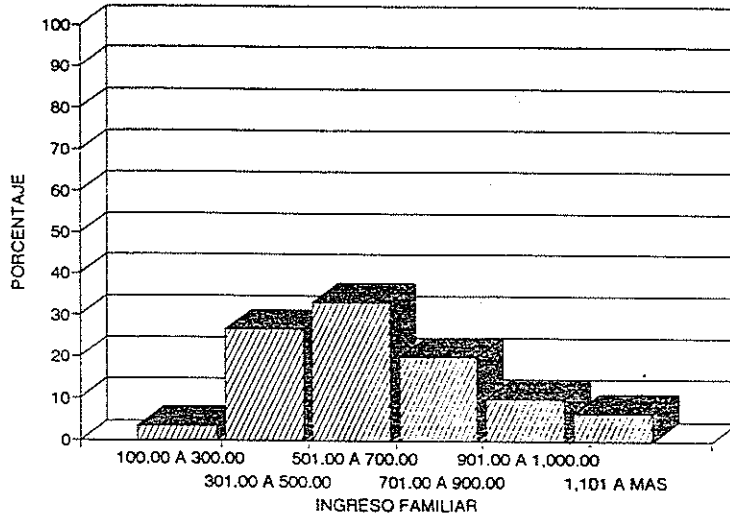
**GRAFICA No. 4**  
**SITUACION ECONOMICA**

**DE LAS PACIENTES DEL INCAN.**



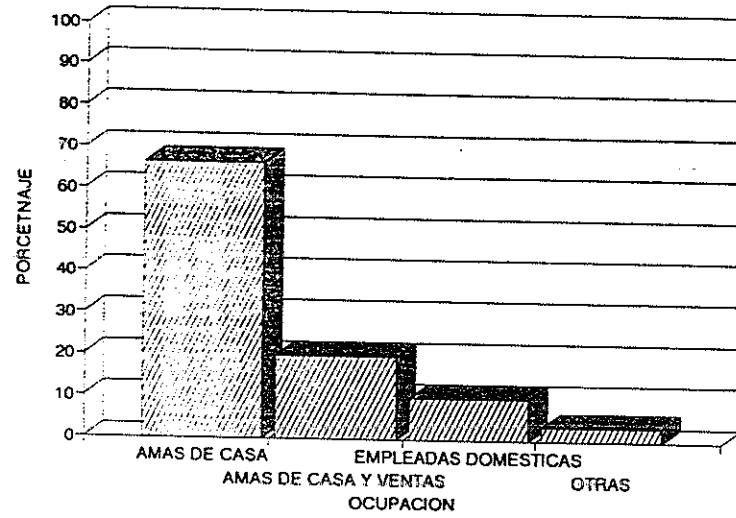
**FUENTE: INVETIGACION DE CAMPO**

GRAFICA No. 5  
DISTRIBUCION DE FAMILIAS SEGUN INGRESOS  
DE LAS PACIENTES DEL INCAN



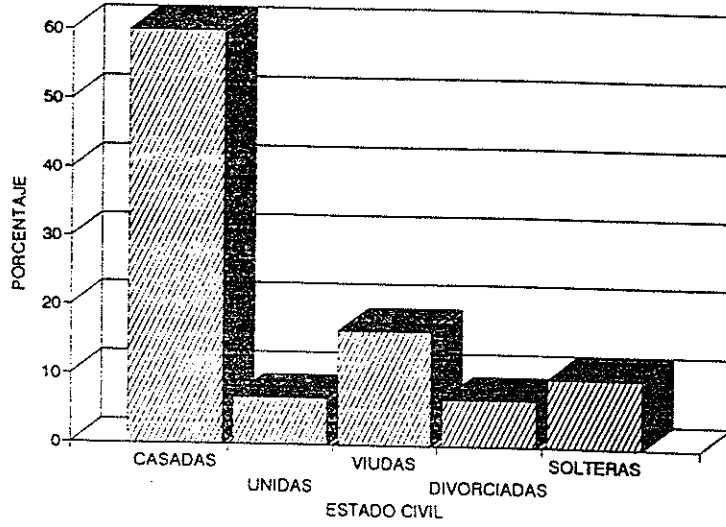
FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

GRAFICA No. 6  
OCUPACION U OFICIO  
DE LAS PACIENTES DEL INCAN



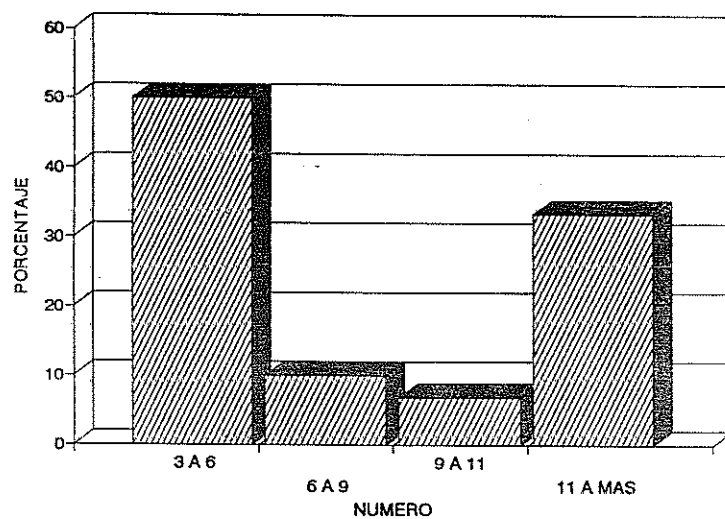
FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

GRAFICA No. 7  
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES



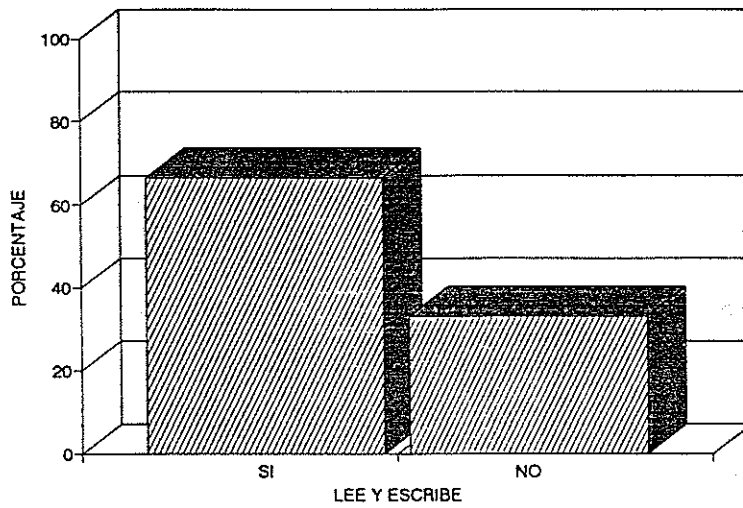
FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

GRAFICA No. 8  
NUMERO DE HIJOS DE LAS PACIENTES: EDADES EN ANOS



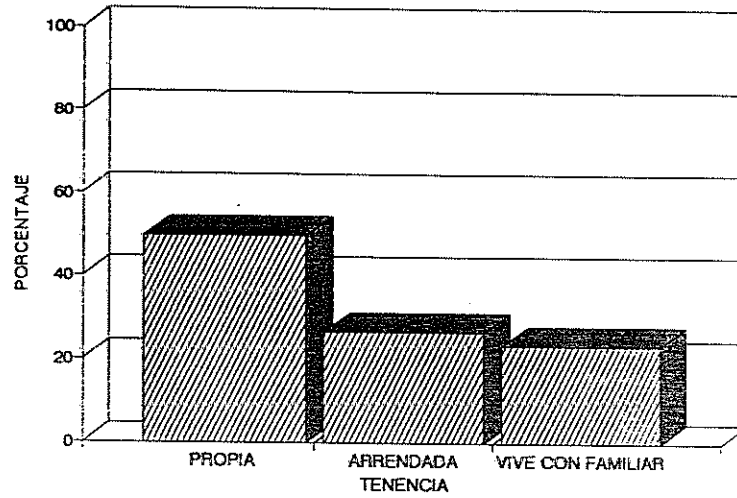
FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

GRAFICA No. 9  
DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN ALFABETSIMO



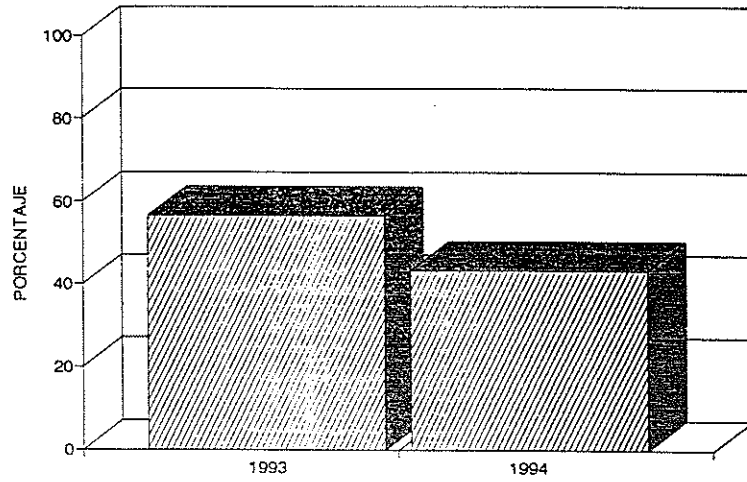
FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

GRAFICA No. 10  
TENENCIA Y USO DE LA VIVIENDA  
DE LAS PACIENTES DEL INCAN



FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

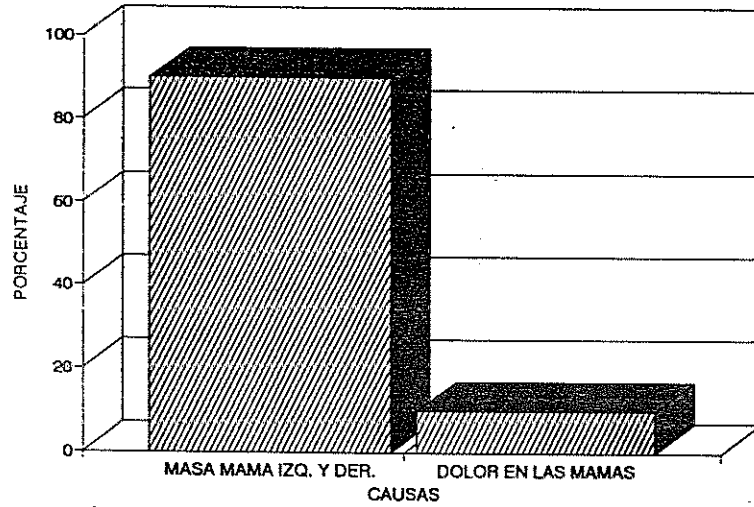
GRAFICA No. 11  
CONSULTA POR PRIMERA VEZ EL HOSPITAL  
DE CANCEROLOGIA: (MUESTRA SOLAMENTE)



FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

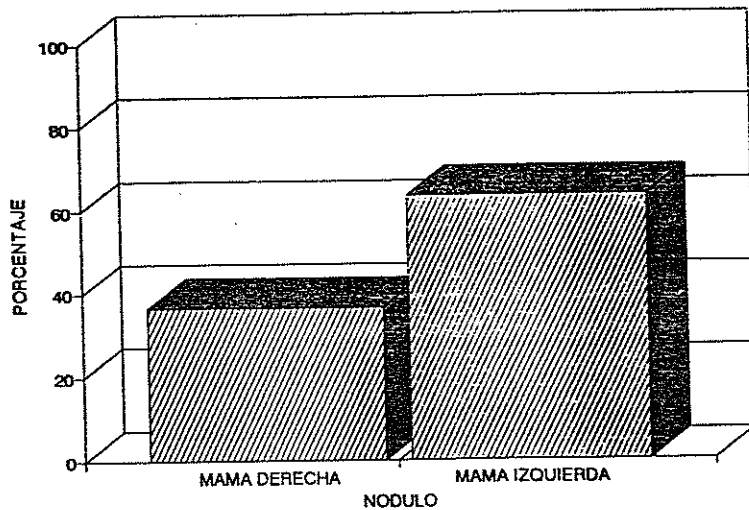


**GRAFICA No. 12**  
**CAUSAS DE CONSULTA EN CANCEROLOGIA**  
**DE LAS PACIENTES DEL INCAN**



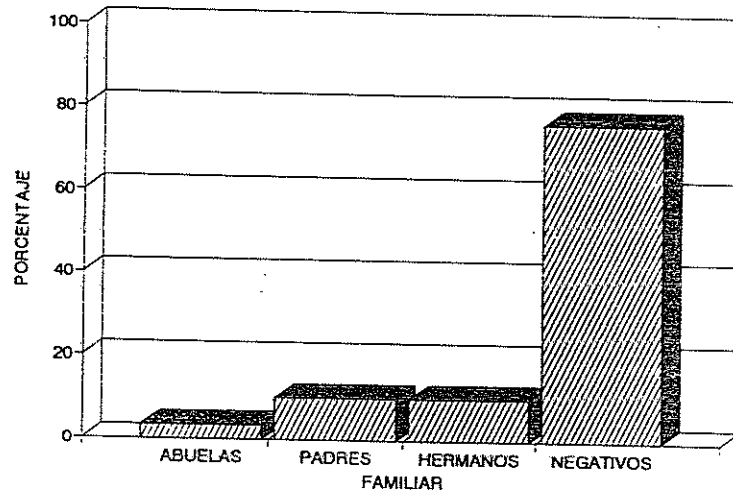
**FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO**

GRAFICA No. 13  
APARECIMIENTO DE NODULO EN LA MAMA  
DE LAS PACIENTES DEL INCAN



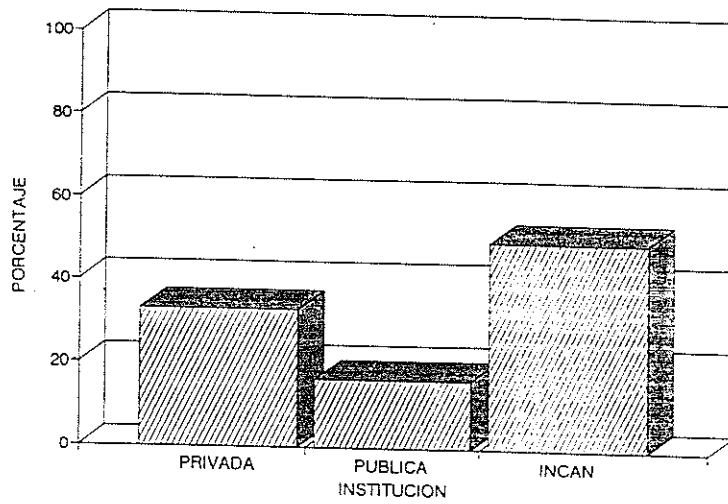
FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO.

GRAFICA No. 14  
ANTECEDENTES DE CANCER EN LA FAMILIA



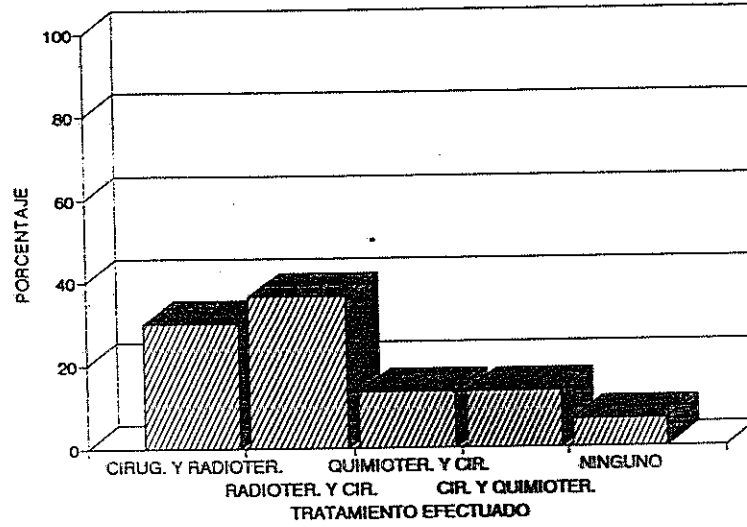
FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

GRAFICA No. 15  
TIPO DE INSTITUCION QUE EFECTUO LA CIRUGIA  
DE LAS PACIENTES DE CANCEROLOGIA



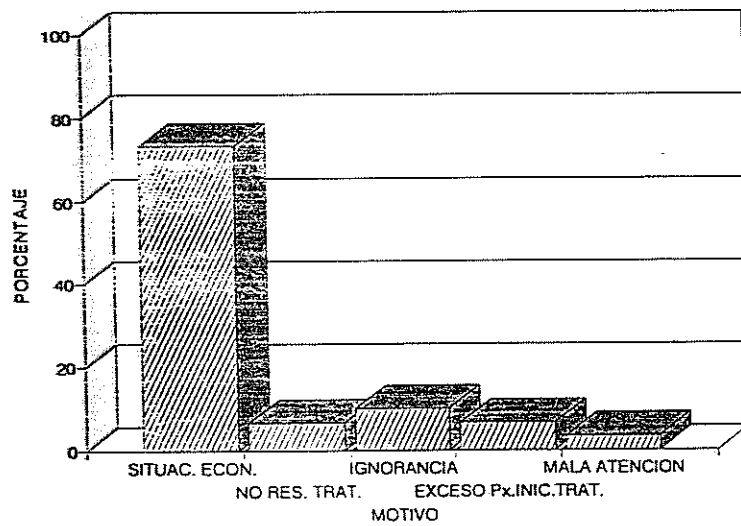
FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

**GRAFICA No. 16**  
**TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIO EN CANCEROLOGIA**  
**DE LAS PACIENTES DEL INCAN.**



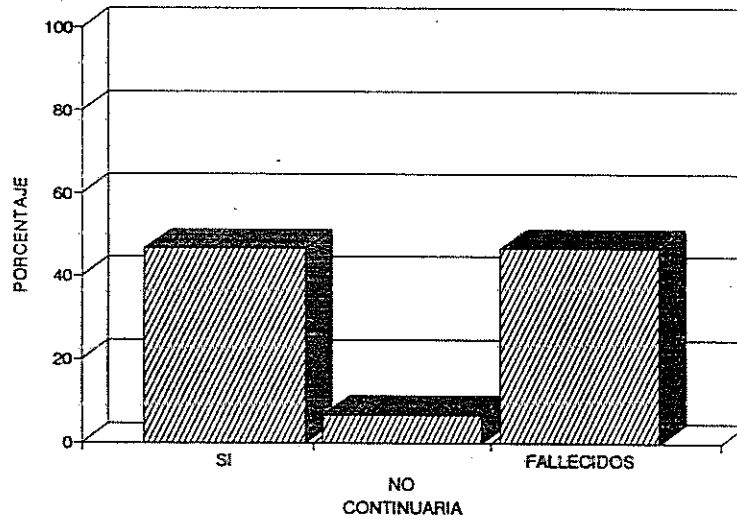
FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

GRAFICA No. 17  
MOTIVO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO  
FUENTE INVESTIGACION DE CAMPO.



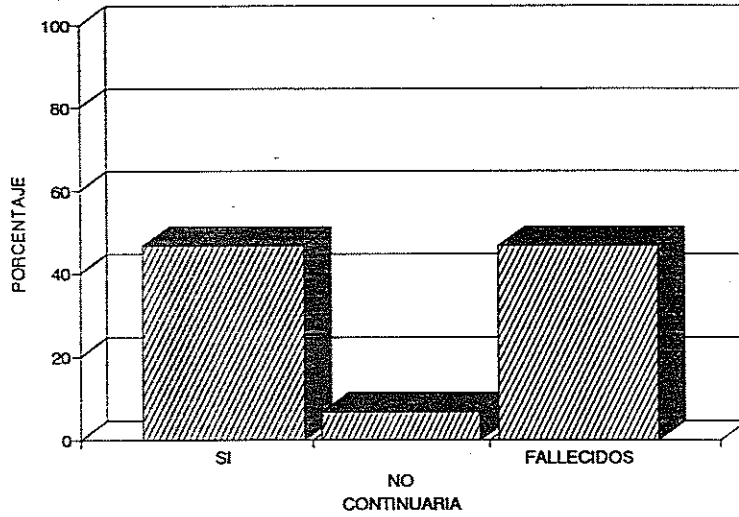
FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

**GRAFICA No. 18**  
**DESEARIA CONTINUAR SU TRATAMIENTO**  
**DE LAS PACIENTES DEL INCAN**



**FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO**

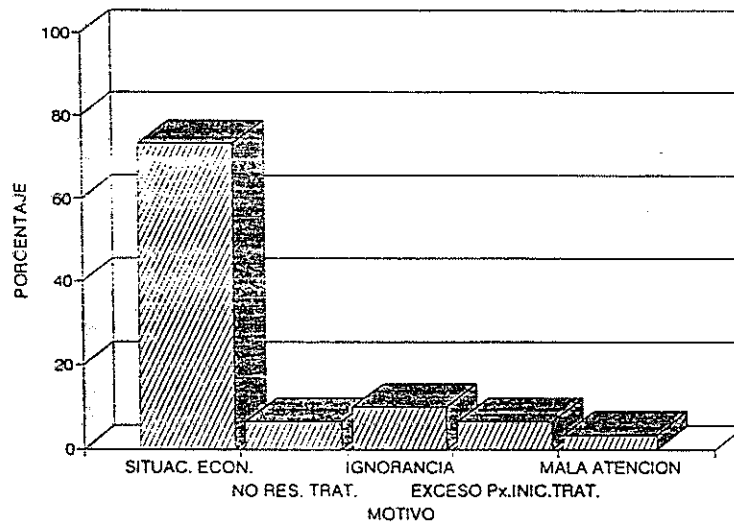
**GRAFICA No. 18**  
**DESEARIA CONTINUAR SU TRATAMIENTO**  
**DE LAS PACIENTES DEL INCAN**



FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO



GRAFICA No. 17  
MOTIVO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO  
FUENTE INVESTIGACION DE CAMPO.



FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO